BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

ÉTUDE PSYCHO-PATHOLOGIQUE

SUR

L'AUTOMATISME DANS L'ÉPILEPSIE

ET DANS LES AUTRES MALADIES NERVEUSES

ÉTUDE PSYCHO-PATHOLOGIQUE

SUR

L'AUTOMATISME

DANS L'ÉPILEPSIE

et dans les autres Maladies nerveuses

PAR

Le Dr Henri FRENKEL

LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

F. Plan, rue de la Barre, 12.

1890

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Ottawa

http://www.archive.org/details/tudepsychopath00fren

AVANT-PROPOS

Il y a quelques mois, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Dr Bouveret, professeur agrégé à la Faculté, une malade présentant très nettement les phénomènes si particuliers décrits récemment sous le nom d'*automatisme ambulatoire*. M. Bouveret nous suggéra l'idée de faire, à propos de ce cas, l'étude de l'automatisme dans les maladies nerveuses. Nous n'avons pu méconnaître le grand intérêt que pouvait présenter une telle étude pour notre instruction générale, aussi bien que spéciale. Nous avons donc accepté avec reconnaissance, et nous devons tout d'abord exprimer toute notre gratitude à ce maître, qui nous a accueilli avec tant de bienveillance et dans le service duquel nous avons pu, grâce à ses excellentes leçons, compléter sur plusieurs points, d'une façon très heureuse, notre éducation médicale.

Mais nous ne saurions oublier non plus notre ancien maître, M. A. Forel, professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich. Cet excellent maître, auquel nous devons tout ce que nous connaissons dans le vaste domaine de la psychiatrie et de l'hypnotisme, a bien voulu encore se souvenir de nous et nous a envoyé, avec sa libérale bonté que nous n'oublierons jamais, trois de nos meilleures observations se rapportant à des sujets que nous avions eu l'heureuse chance d'étudier dans sa clinique même. M. le professeur Forel a voulu ainsi nous continuer la bienveillante assistance qu'il n'a cessé de nous prodiguer depuis le commencement de nos études médicales. Qu'il nous permette donc de lui exprimer ici toute notre affectueuse reconnaissance.

M. le professeur Pierret nous a accueilli avec beaucoup de bonté. Nous avons pu visiter sous sa direction le magnifique asile de Bron, où se trouve réuni un nombre si considérable de maladies mentales très diverses. Il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, après nous avoir prodigué ses précieux conseils pour la bonne direction de notre étude. Qu'il reçoive ici l'expression de notre sincère gratitude.

M. A. Carrier, médecin des hôpitaux, a bien voulu nous faire profiter des grandes ressources de son service spécial des maladies nerveuses à l'hospice de l'Antiquaille. Il nous a aidé dans notre étude de sa vaste expérience et de ses encouragements. Nous lui devons trois de nos plus intéressantes observations.

Nous sommes heureux de pouvoir lui en exprimer toute notre reconnaissance.

M. Drivon, médecin des hôpitaux, nous a permis de profiter d'une observation très instructive à plusieurs points de vue. Nous profitons de l'occasion pour lui en exprimer nos bien respectueux remercîments.

Pour faire une étude aussi complète que possible de l'automatisme, nous avons cru utile de diviser notre sujet en trois parties :

Dans une première partie, nous étudierons l'automatisme au point de vue psychologique, c'est-à-dire dans ses relations avec la conscience.

Dans une seconde partie, nous aborderons notre sujet proprement dit, à savoir l'automatisme pathologique, en insistant surtout sur l'automatisme dans l'épilepsie, le seul que nous ayons étudié plus particulièrement.

Dans une troisième partie, nous terminerons par quelques considérations médico-légales.

ÉTUDE PSYCHO-PATHOLOGIQUE

SUR

L'AUTOMATISME

DANS L'ÉPILEPSIE

et dans les autres maladies nerveuses

PREMIÈRE PARTIE

L'automatisme psychologique.

Les phénomènes de l'automatisme présentent un intérêt tout particulier pour le psychologue, ainsi que pour le médecin et le juriste. Pour le psychologue parce qu'ils lui fournissent un moyen de comprendre diverses manifestations compliquées de l'activité cérébrale à l'aide d'autres plus simples. Pour le médecin, parce qu'ils jouent un rôle très important dans maintes maladies nerveuses et mentales. Pour le juriste enfin, parce qu'ils sont de nature à faire éviter l'emprisonnement d'un grand nombre de malheureux.

Et si ni le psychologue ni le juriste ne sauraient être dispensés de connaître certains faits cliniques relatifs aux actions automatiques, à plus forte raison le médecin est tenu à s'éclaircir sur la nature des faits qu'il observe et de comprendre leurs conséquences médico-légales.

I

Qu'est-ce que les actions automatiques ? Une définition étymologique ne saurait résoudre cette question. Αὐτὸς, veut dire même ; μάτος, effort, de μαίομαι ou μάομαι, je cherche, je m'efforce (Littré) : en somme, une action qui provienne d'elle-même. Si nous essayons de formuler une définition de la chose même, peu de personnes se trouveront satisfaites ; car chacun entend à sa manière cette expression pourtant si souvent usitée. Les représentants de la science eux-mêmes ne sont pas encore d'accord sur les conditions auxquelles doit satisfaire une action pour mériter la qualification d'automatique. Cette discordance, nous la connaîtrons à l'aide d'une citation.

« On désigne sous le nom d'automatisme, dit Pierre Janet (1), un mouvement qui présente deux caractères. Il doit d'abord avoir quelque chose de spontané, au moins en apparence, prendre sa source dans l'objet même qui se meut et ne pas provenir d'une impulsion

(1) Pierre Janet : *Automatisme psychologique*, Paris, F. Allan, 1889, p. 2.

extérieure... Ensuite, il faut que ce mouvement reste cependant très régulier et soit soumis à un déterminisme rigoureux, sans variations et sans caprices... Mais on ajoute ordinairement au mot automatique un autre sens que nous n'acceptons pas aussi volontiers. Une activité automatique est, pour quelques auteurs, non seulement une activité régulière et rigoureusement déterminée, mais encore une activité purement mécanique et absolument sans conscience. Nous croyons qu'on peut admettre simultanément et l'automatisme et la conscience... Il ne nous semble pas que dans un être vivant, l'activité qui se manifeste au dehors par le mouvement puisse être séparée d'une certaine forme d'intelligence et de conscience qui l'accompagne au dedans. »

Nous apprenons que le point en discussion est le rapport d'un mouvement donné avec ce qu'on appelle *la conscience*. Nous croyons qu'il faut, avant de déterminer dans quel degré un acte donné est conscient, s'entendre sur le sens du mot « conscience. » Or, il y a peu de questions qui soient aussi délicates et aussi difficiles. Cependant la question de savoir s'il y a, oui ou non, conscience dans les actes dits automatiques, est d'une importance toute particulière, la responsabilité d'un prévenu dépendant de la réponse à cette question. C'est pourquoi, avant de revenir à l'automatisme, nous nous proposons de passer rapidement en revue quelques opinions émises dans ces derniers temps, relativement à la conscience. Nous ne prétendons pas trancher une question qui, après avoir déjoué la sagacité des philosophes les plus éminents, est

maintenant le sujet de discussions psychologiques fort animées. Mais encore moins nous croyons-nous autorisé à passer sous silence une conception qui a toujours fourni et fournit encore aujourd'hui une occasion d'obscurcir par des phrases métaphysiques les observations positives de la science.

« On désigne par conscience, dit le Dr Prosper Despine (1), la connaissance, la perception par le moi, par l'être qui se sent être, de ce qui se passe dans sa personnalité, de ses propres actes, de lui-même. » Mais si l'on considère que la conscience est elle-même une condition pour chaque « connaissance intérieure » (2), on ne pourra déduire de celle-ci le fond de la conscience. C'est un argument général pour ne pas même essayer de connaître « l'essence » de la conscience.

Dans un article sur la conscience, un excellent auteur allemand, C. Wernicke, commettait une faute grave, en donnant à la conscience des attributs divers. L'auteur des travaux sur l'aphasie croit que « l'activité de la conscience » consiste dans la formation des notions, etc. ; il parle des « fonctions » et de la « composition » de la conscience. Entraîné dans une polémique à ce sujet par M. Koch de Zwiefalten, M. Wernicke fait quelques concessions, en désignant la conscience comme la somme des images déposées dans les hémisphères (3). Avec raison, M. Koch

(1) Prosper Despine : *Étude scientif. sur le somnambulisme*, 1880, p. 17.

(2) W. Wundt : *Grundzüge der physiologischen Psychologie*, Leipz., 1887, 3e éd., t. II, p. 225.

(3) Wernicke : *Ueber das Bewusstsein, Allgem. Zeitschr. f. Psychia-*

proteste contre un tel langage, qui est susceptible d'interprétations faites dans le sens du dualisme.

Pour éviter ces erreurs, remarquons de prime abord que la conscience ne peut être regardée comme un phénomène indépendant qui existe en lui-même : elle est une conception psychologique. La conscience « n'est que l'accompagnement de certains processus nerveux ; elle est aussi incapable de réagir sur eux que l'ombre sur les pas du voyageur qu'elle accompagne » (1) (Huxley, Clifford, Maudsley). Nous ne pouvons non seulement connaître le fond de la conscience, mais même en parler indépendamment de sensations. Si M. Herzen emploie l'expression « intensité de la conscience », il parle de la vivacité des états subjectifs (2) et se trouve loin de considérer la conscience comme une réalité. Le « quantum de la conscience » n'est chez lui qu'un fait d'observation et non une spéculation métaphysique. Si je le comprends bien, la conscience est pour lui un phénomène psychologique au même titre que le son, la lumière ou la chaleur sont des phénomènes physiques ; c'est le mouvement, la désintégration fonctionnelle des éléments nerveux centraux qui produit cet état subjectif, dit conscience, de même que le mouvement des molécules, sous forme d'un travail intérieur, produit la sensation de la chaleur.

trie, B. XXXV, p. 420.— *Nochmals das Bewusstsein*, *Ibid*, B. XXXVI, p. 509.— Koch : *Noch ein Wort über das Bewusstsein*, *Ibid*, B. XXXV, p. 599.

(1) Ribot : *Maladies de la mémoire*, p. 3.

(2) Herzen : *Le cerveau et l'activité cérébrale*, Paris, 1887, pp. 218 sqq.

Si nous ne pouvons connaître la conscience en elle-même, nous pouvons étudier les conditions de l'existence de la conscience. C'est aussi la manière dont la plupart des psychologues posent aujourd'hui la question. « *L'essence* de la conscience nous est aussi inaccessible que l'essence de toute autre chose, dit M. Herzen; il y a des faits primordiaux, irréductibles, inexplicables, que nous ne pouvons qu'accepter comme tels; c'est déjà beaucoup si nous réussissons à préciser les *conditions* dans lesquelles ils se manifestent; c'est même là tout ce qu'on peut demander à la science; le pourquoi n'est pas de son ressort » (1).

C'est dans ce sens que parle H. Maudsley. Pour comprendre ce qu'est la conscience, dit-il, il faut l'étudier au moment de son apparition, de son changement ou de sa disparition. Il n'y a pas de conscience en tant qu'être abstrait; les expressions « seuil de conscience et horizon » pourraient donc entraîner des malentendus. Il y a autant d'espèces de consciences (*consciousnesses*), qu'il y a de sensations, des sentiments, des pensées. Il serait mieux de parler des fonctions de l'organisation nerveuse au lieu des « états de conscience ». La conscience est quelque chose de très variable, liée au substratum nerveux (2).

Pour Morton Prince, l'état de conscience est le fait même de la modification produite dans les relations mutuelles des molécules essentielles du cerveau. Il consiste précisément dans la modification soit phy-

(1) *Loc. cit.*, p. 197.
(2) *Les conditions physiques de la conscience*, Mind, 1887, oct.

sique, soit chimique, qui se fait dans les cellules cérébrales (1).

Si nous nous demandons quelles sont les conditions pour l'existence de la conscience, nous trouvons la réponse dans des termes plus ou moins généraux. M. Wundt en distingue deux ordres : les conditions intérieures ou psychiques et les conditions extérieures ou physiques. Une connexion existant entre les idées (représentations), et conforme à une loi déterminée, est cette condition intérieure qui accompagne toujours la conscience. Une connexion entre toutes les parties du système nerveux est la condition extérieure pour l'existence de la conscience (2).

M. Ribot a précisé davantage ces conditions. Ce sont : 1° l'existence d'une décharge nerveuse; 2° une certaine intensité de cette décharge; 3° une certaine durée. Pour se faire une idée sur la différence existant entre les décharges nerveuses inconscientes et conscientes, remarquons avec Ribot, que la durée de la perception du son = 0″,16 — 0″,14 ; du tact = 0″,21 — 0″,18 ; de la lumière = 0″,22 — 0″,22 ; tandis que la durée du discernement le plus voisin du réflexe = 0″,02 — 0″,04, et la durée des réflexes = 0″,0662 — 0″,0578 (3).

Pour M. Wundt, la nature des conditions de l'existence de la conscience démontre qu'il y a divers degrés de la vie consciente dont la mesure est cons-

(1) *The nature of mind and human automatism*, Philad., 1885; *in Encéphale*, 1887, p. 706.

(2) *Loc. cit.*, pp. 225 sqq.

(3) Exner : *Pflügers Archiv.*, 1874, VIII, p. 526.

tituée par la capacité que les idées possèdent à entrer en connexion. « Le degré de révivibilité d'un état de conscience, dit Herbert Spencer, dépend en partie de l'aptitude du centre nerveux à subir un grand nombre de changements moléculaires et à produire beaucoup de sensations concomitantes, quand l'excitation originale a été reçue. Différents facteurs coopèrent à déterminer cette aptitude : un bon état sain ; une circulation active, un sang riche en matériaux nécessaires pour l'intégration et la désintégration » (1).

Quant à la question de savoir à laquelle de ces deux phases, désintégrative et réintégrative, est liée la conscience, M. Herzen l'a résolue à l'aide de faits d'observations dans le sens suivant : la conscience est liée exclusivement à la phase désintégrative des actes nerveux centraux. Les résultats partiels de l'observation et de l'expérience réunis ensemble ont amené M. Herzen à construire ce qu'il a appelé *la loi physique de la conscience*. Cette loi, il l'a formulée de la manière suivante : « La conscience est liée exclusivement à la désintégration fonctionnelle des éléments nerveux centraux. Son intensité est en proportion directe de cette désintégration, et simultanément, en proportion inverse de la facilité avec laquelle chacun de ces éléments transmet à d'autres la désintégration qui s'empare de lui et avec laquelle il rentre dans la phase de réintégration (2). »

(1) Herbert Spencer : *Principes de psychologie*, 1874, p. 238, § 100.
(2) *Le cerveau et l'activité cérébrale*, p. 224.

Où commence la conscience, où finit-elle? A cette question, on en a substitué une autre : quel est le siège anatomique de la conscience? Depuis la « conscience universelle » jusqu'à la « conscience intelligente du moi », on trouve plusieurs opinions qui font avancer ou reculer les limites de la conscience.

Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à cet égard quelques passages au livre de M. Herzen : « Tandis que les uns adoptent la doctrine de Marshall-Hall, d'après laquelle l'activité de la moelle épinière est *essentiellement différente* de celle du cerveau, absolument inconsciente et purement mécanique, les autres, et notamment Maudsley et Lewes, soutiennent au contraire que l'activité de tous les centres nerveux est *essentiellement identique;* mais avec cette différence radicale, que d'après Maudsley, la conscience est dans tous les cas un phénomène *accessoire généralement absent*, tandis que d'après Lewes, elle est dans tous les cas un phénomène *nécessaire*, *généralement présent* (p. 232)... Tandis que Lewes s'efforce de démontrer l'*omniprésence* de la conscience, non seulement dans les actes intellectuels, mais dans tous actes nerveux, sans exclure le réflexe spinal le plus direct et le plus automatique, Maudsley s'efforce de prouver l'*omniabsence* de la conscience, non seulement dans les actes nerveux d'ordre inférieur, spinaux et sensorio-moteurs, mais encore dans le réflexe cortical le plus indirect et le moins automatique, sans exclure l'activité intellectuelle (p. 211)... La vérité est, je crois, dans la synthèse des deux opinions rivales; elle nous enseigne,

si je ne me trompe, que, quel que soit le centre actif, le conscient et l'inconscient *coexistent toujours et partout*, mais qu'ils prédominent tantôt l'un, tantôt l'autre, conformément à un ensemble de conditions, à une loi, à la loi physique de la conscience (p. 213). Il y aurait *dans la moelle épinière :* conscience élémentaire, impersonnelle, intelligente ; maximum chez les animaux inférieurs, minimum chez les animaux supérieurs. *Dans les centres sensorio-moteurs* (fonctionnellement réunis en « sensorium et motorium ») conscience individuelle, perception rudimentaire, germe d'intelligence. *Dans les centres corticaux* (fonctionnant comme « intellectorium commune ») conscience intelligente (p. 262). »

II

Si nous revenons maintenant à l'automatisme, nous devons reconnaître que la première question qui s'impose est celle de savoir quelle relation existe entre l'automatisme et la conscience. Pour M. Despine, cette relation est très simple : ce qui est conscient n'est pas automatique ; ce qui n'est pas conscient est automatique.

Nous avons vu que M. Pierre Janet est d'une opinion contraire à celle de M. Despine. Il a usé particulièrement de la catalepsie et du somnambulisme pour combattre les opinions de ce savant dont les arguments peuvent être, suivant lui, partagés en deux classes : 1° la plupart d'entre eux sont tirés du

fait de l'oubli qui caractérise les phénomènes du somnambulisme et surtout ceux de la catalepsie ; 2° les autres preuves sont fournies par les analogies que cet état présente avec certains phénomènes d'insensibilité. Ce qui est pour nous le plus intéressant, c'est la première catégorie des preuves. M. Janet réplique :

« 1° L'oubli n'est pas une preuve de l'inconscience ». Nous devons insister sur ce point, d'autant plus que nous sommes privés, par cela même, d'un moyen pratique de reconnaître si certaines actions sont automatiques, en nous basant exclusivement sur l'oubli de ces actions.

« 2° Un certain souvenir, dit cet auteur, se manifeste dans les catalepsies suivantes, par l'habitude, qu'acquiert rapidement le sujet de faire avec plus de perfection les actes qu'on lui fait faire plus souvent ».

Nous croyons que c'est plutôt là un argument contre l'oubli, que contre la conscience. Et si l'on admet l'expression souvenir, il faut ajouter le mot « organique », puisque M. Janet dit lui-même que ce n'est que par l'habitude que naît ce souvenir. Rien ne nous empêche d'avancer que l'automatisme dans les catalepsies suivantes est encore moins conscient que celui du premier état cataleptique.

« 3° Il existe chez ces mêmes individus certains états psychologiques, certains somnambulismes, où le sujet retrouve parfaitement le souvenir de la catalepsie ». Ce fait ne démontre pas non plus que dans l'état premier, dans la catalepsie, il y avait conscience, de même que l'oubli ne démontre pas qu'il n'y en avait point.

Nous reconnaissons cependant qu'il n'y a pas de limites nettes, bien distinctes, à caractères reconnaissables, entre les actions ou états conscients et les actions ou états inconscients; de plus, il existe des états subconscients et d'autres encore, que l'on peut nommer avec autant de raison subconscients ou inconscients. Les belles recherches de psychologie expérimentale, qui ont eu pour point de départ la connaissance des divers états, dits hypnotiques, nous promettent encore beaucoup de découvertes sous ce rapport. Là où l'on voyait jusqu'à présent une absence complète de conscience, on a trouvé une conscience, qui, pour différer de celle de l'état normal, n'en existe pas moins. Ce sont les états de double conscience, ou, comme on dit encore, de double personnalité ; on les nomme encore états subconscients, si on les considère pendant l'existence de la conscience normale. C'est précisément M. Janet qui a contribué le plus à l'interprétation psychologique de pareils phénomènes, après que MM. Azam, Myers, Dufay, Ch. Richet, Voisin, Binet, Bourru et Burot, et beaucoup d'autres, eurent établi les faits cliniques. Mais toutes ces études portent sur l'automatisme chez les hystériques et ne peuvent être rapportées à l'automatisme pendant un accès d'épilepsie. Aussi, faut-il distinguer diverses espèces dans l'automatisme, non seulement au point de vue clinique, mais aussi suivant ses caractères psychologiques, c'est-à-dire d'après son rapport avec l'existence de la conscience.

Ainsi que nous l'avons vu, M. Janet rejette la théorie d'après laquelle, dans tous les cas d'automa-

tisme, il n'y aurait pas conscience. Pour les cas où il la reconnaît, il admet seulement un rétrécissement du champ de la conscience. En effet, M. Janet ne se rattache pas à cette opinion de Herbert Spencer : que la conscience d'un homme à un moment quelconque n'est le théâtre que d'un seul phénomène et que, par conséquent, la vie psychologique est constituée par une succession de phénomènes, dont chacun reste isolé sans être accompagné d'autres faits simultanés. De même il n'admet pas cette hypothèse de John Stuart Mille et de Herbert Spencer : que la notion d'espace dérive de la notion de temps, et le rapport de coexistence de celui de la succession. Il est d'avis que le champ de la conscience peut varier comme le champ visuel, qu'il n'est point le même chez tous les individus, ni à tous les moments de la vie chez un même individu (1).

C'est, d'après lui, seulement par rétrécissement du champ de la conscience que celle-ci peut être réduite à l'unité. Ainsi, par exemple, dans la catalepsie existe l'unité presque absolue de la conscience, notamment au début du retour de la conscience, quand l'esprit, sortant d'une espèce d'anéantissement et presque épuisé, est incapable de concevoir plusieurs sensations à la fois. Alors subsiste une seule sensation, qui vit de sa vie propre et donne aux sujets cette apparence d'automate humain. Ce rétrécissement du champ de la conscience se produit par une désagrégation psychologique. Dans l'état de santé psycho-

(1) *Loc. cit.*, pp. 191 sqq.

logique parfaite, la puissance de synthèse étant assez grande, tous les phénomènes psychologiques, quelle que soit leur origine, sont réunis dans une même perception personnelle. Quand cette santé parfaite n'existe pas, la puissance de synthèse psychique affaiblie laisse échapper, hors de la perception personnelle, un nombre plus ou moins considérable de phénomènes psychologiques : c'est l'état de désagrégation (1). M. Janet n'applique pas cette théorie de désagrégation psychologique seulement à l'hystérie ; il la regarde comme quelque chose de plus général que l'hystérie, et qui peut exister encore dans bien d'autres circonstances. En effet, cette théorie est si séduisante, qu'on serait tenté de l'appliquer à tous les cas d'automatisme. Nous croyons cependant qu'il faut faire des réserves, comme par exemple pour l'épilepsie procursive, si l'on admet que les procursions au début des accès épileptiques, décrites par MM. Bourneville et Bricon (2) méritent le nom d'actions automatiques. Ainsi, comme l'a récemment démontré M. A. Mairet (3), dans presque tous ces cas on trouve des lésions scléreuses de l'encéphale, par conséquent, nous serions autorisés à chercher la cause de la procursion dans une irritation temporaire des ganglions de la substance grise cérébrale.

(1) *Loc. cit.*, p. 336, 337.

(2) *Arch. de neurologie*, 1887, *passim*, 1888; XV, pp. 75, 227, 379 ; XVI, pp. 234, 420.

(3) *Revue de médecine*, 1889, IX, pp. 147-164.

III

L'emploi de l'expression « automatisme » est du reste tout à fait conventionnel. Pour bien comprendre non seulement les mots, mais aussi les faits, nous ne pouvons pas nous restreindre à une catégorie de phénomènes, en établissant une définition artificielle, qui nous forcerait à en négliger d'autres et peut-être même les plus instructifs. Mais, pour montrer ce que nous entendons par automatisme, nous devons dire quelques mots sur la physiologie du système nerveux en général.

Comme prototype du système nerveux en général, nous trouvons ce protoplasma des êtres qui vivent sans aucune différenciation de structure ou de fonction physiologique. Ce protoplasma a, entre autres propriétés, celle de répondre à une excitation par une contraction; un autre caractère de ce proto-organisme et proto-organe, si je puis dire, consiste dans ce que chaque excitation laisse en lui une modification de structure inappréciable même par le microscope, mais que l'on doit admettre néanmoins pour expliquer certains faits, et en vertu de laquelle une excitation suivante de même nature produira plus facilement une contraction correspondante. Nous retrouvons ces deux propriétés dans un système nerveux parfaitement différencié et organisé ; seulement ici le système nerveux central partage la première avec des organes terminaux, dont il ne saurait être séparé,

avec les organes de sens et l'appareil locomoteur, tandis que la seconde est plus étroitement liée à lui seul et atteint en lui le plus haut degré de développement. Là il arrive à la dignité de mémoire organique et enfin de mémoire psychologique.

Entre les deux extrêmes, les fonctions d'une amibe et les fonctions du cerveau, accompagnées de la conscience, il y a une longue échelle de transitions insaisissables, dont les principaux degrés sont les diverses espèces de réflexes, réflexes spinaux, réflexes protubérantiels, réflexes cérébraux. Recherchons dans cette échelle où commence l'automatisme et où il finit.

Rarement, on emploie le terme automatisme en parlant de la réaction d'une amibe devant des modifications survenues dans le monde extérieur ou dans son propre organisme (1). Pour M. Bernheim, l'automatisme commence dans la moelle épinière. « Les fonctions propres de la moelle épinière s'exercent à notre insu; les phénomènes complexes de la vie végétative, la circulation, la respiration, la nutrition, la sécrétion, les excrétions, les mouvements du tube digestif, la chimie vivante de l'organisme, s'opèrent silencieusement par un mécanisme dont nous n'avons pas conscience. On sait que l'impression transmise par un nerf sensitif peut se réfléchir à travers les cornes grises de la moelle, sans passer par le cerveau; le mouvement suit l'impression non perçue, ou la sensation, sans

(1) Dans ces derniers jours, un savant allemand, Max Verworn, a publié ses « Études psychologiques sur les protistes », dans lesquelles il qualifie les mouvements spontanés de ces êtres comme automatiques. Max Verworn : *Psychologische Protistenstudien*, Jena, 1889.

être voulu; c'est l'acte réflexe spinal; c'est l'automatisme spinal qui commande ce mouvement (1). »

Voilà une expression qu'on est libre d'admettre ou de repousser, mais dont il faut tenir compte. Nous croyons que si on veut caractériser l'automatisme par l'absence de la conscience, il ne faudrait attribuer cette dénomination qu'aux mouvements qui peuvent être conscients dans certaines conditions. Or, les phénomènes de la vie végétative n'étant jamais conscients, il serait mieux de les rayer du nombre des phénomènes automatiques. Les suivants méritent à plus juste titre cette étiquette. L'exposé de M. Bernheim est si ingénieux, que nous lui empruntons tout le passage. « Le cerveau peut intervenir pour donner l'impulsion première; l'acte continue alors que la pensée, que la volonté sont occupées ailleurs, par le seul fait de l'automatisme spinal. Quand nous marchons, et que des idées quelconques viennent distraire notre esprit, nous oublions que nous marchons, le trajet se continue par simple réflexe; le contact de la plante du pied avec le sol suffit pour réaliser par voie centrifuge dans la moelle les phénomènes de coordination musculaire qui accomplissent cet acte; déchargé par ce mécanisme automatique subalterne du soin de surveiller incessamment l'exécution de cette fonction complexe, notre cerveau travaille en toute liberté à d'autres conceptions; machinalement nous marchons toujours, si bien que nous dépassons le but assigné par la volonté qui a commandé le premier pas,

(1) Bernheim : *De la suggestion*, Paris, 1888, p. 175.

si celle-ci faisant trêve à nos distractions ne réintervient pour arrêter l'impulsion. Il en est de même de la natation, de l'escrime, de l'équitation, de la musique. L'artiste qui exécute un morceau de longue haleine se laisse souvent absorber par des idées étrangères, sa pensée n'est plus à la musique; ses doigts errent toujours sur le clavier et continuent mécaniquement, sous l'empire d'incitations médullaires s'enchaînant spontanément, ce que le cerveau distrait ne dirige plus. Bien plus, ce que l'organe psychique a oublié, l'automatisme spinal peut le retrouver. L'artiste ne se rappelle plus toutes les phrases d'une composition musicale; des lacunes existent dans son esprit; il serait incapable de parfaire le morceau avec les souvenirs confus de son cerveau; la mémoire spinale supplée, si je puis dire, à la mémoire cérébrale; souvent les doigts retrouvent sur le clavier l'agencement difficile de touches et des mouvements qui se réalisent avec précision, alors que ces mouvements, pour ainsi dire, assimilés par la moelle, grâce à leur fréquente répétition, sont devenus une opération mécanique ».

Nous avons cité ce long passage, non seulement parce que les actes automatiques y sont nettement décrits, mais aussi pour montrer combien l'expression automatisme spinal est fausse, quand bien même nous admettrions le phénomène comme automatique. En effet, est-ce vraiment la mémoire *spinale*, qui supplée ici ; n'est-ce pas plutôt la mémoire *cérébrale organique* qui supplée la *mémoire psychologique* (1)?

(1) Cf. Ribot : *Maladies de la mémoire*, pp. 6 et 7.

Ainsi, nous sommes arrivés aux réflexes cérébraux ou réflexes psychiques de Richet. Ces réflexes étaient déjà connus par Descartes, mais ils furent pour la première fois étudiés par Setchenoff (1).

Dans les réflexes médullaires, dit Ch. Richet (2), la connaissance de la nature de l'excitation ne joue aucun rôle, et l'excitation mécanique du tendon produira toujours le même effet, quel que soit l'état intellectuel de l'individu. Il n'en est pas de même de certains autres réflexes, qui nécessitent une certaine connaissance consciente de la nature de l'excitation. L'enfant qui pleure parce qu'il voit pleurer, ou qui bâille parce qu'on bâille à côté de lui, ne bâille ou ne pleure que parce que la vue des larmes ou du bâillement agit sur son intelligence. S'il était totalement intelligent, il ne pleurerait ni ne bâillerait. Ce sont des réflexes que M. Richet a proposé d'appeler *psychiques*. Le caractère commun de tous ces réflexes psychiques, c'est qu'ils sont *sensoriels*, c'est-à-dire relevant d'une excitation de nos sens.

De même que les réflexes spinaux, les réflexes cérébraux peuvent avoir pour résultat ou bien un mouvement, ou la cessation d'un mouvement. Dans ce dernier cas les réflexes, dits réflexes d'arrêt ou d'inhibition, portent sur un nerf d'arrêt, ou bien arrêtent l'action d'un nerf moteur. Parmi les exemples cités par M. Richet, nous en choisissons un, qui nous intéresse tout particulièrement. « Sans

(1) Setchenoff : *Refleksy golownawo mozga,* Saint-Pétersbourg, 1863.

(2) Ch. Richet : *Essai de psychologie générale,* Paris, 1887, p. 77.

doute la fameuse expérience de Kircher sur la poule rendue immobile par la vue d'une raie blanche ainsi que toutes les expériences d'hypnotisme faites sur les animaux et sur l'homme, rentrent dans le groupe des réflexes psychiques d'arrêt. On connaît ce fait, commun chez les hystéro-épileptique de la Salpêtrière, qu'une lumière éblouissante, ou le bruit d'un gong chinois provoquent immédiatement la catalepsie, c'est-à-dire la suppression complète non seulement de tout phénomène moteur, mais encore de tout phénomène psychique appréciable. C'est un magnifique exemple d'action d'arrêt psychique réflexe. Mais en est-il de même pour toutes les variétés du somnambulisme? Il nous est impossible de l'affirmer; car la question est à l'étude; et dans le somnambulisme, il y a peut-être autre chose qu'une excitation inhibitoire réflexe (1). »

Les réflexes cérébraux ou psychiques se divisent en réflexes d'instinct (réflexes génériques ou d'organisation) et réflexes d'intelligence (réflexes individuels ou d'acquisition); cette division correspond parfaitement à celle de M. Prosper Despine, qui distingue dans l'activité automatique normale du cerveau les actes instinctifs naturels non appris et les actes appris puis retenus par l'effet de leur répétition, c'est-à-dire par l'effet de l'habitude. Les uns et les autres ont la même origine. Un caractère essentiel de l'activité des centres nerveux, c'est qu'une modification fréquemment répétée se produit de plus en plus facile-

(1) *Ibid*, p. 83-84.

ment, même sous la plus faible excitation. Le centre nerveux paraît acquérir, par l'habitude, une sorte d'équilibre instable, grâce auquel il entre en activité sous la plus légère impulsion. Si c'est un centre nerveux moteur, le mouvement devient, comme on dit, machinal, et s'il est quelque temps sans se produire, il survient dans le centre nerveux une véritable tendance à le faire reparaître, tendance qui s'accompagne d'un certain malaise, si elle n'est pas satisfaite. Il en est de même pour les centres nerveux sensitifs (1).

« Les plus remarquables de ces actes instinctifs, dit Prosper Despine, sont ceux que manifestent les expressions de la physionomie, les gestes, les attitudes du corps, phénomènes mimiques qui sont constamment en rapport avec des sentiments si divers et si nuancés, et que chacun sait accomplir, bien que leur exécution n'ait jamais été enseignée par qui que ce soit. Ces actes sont encore les différentes inflexions que prend la voix dans ces circonstances, les balancements de tête en rapport avec le rythme que font certains instrumentistes lorsqu'ils jouent et même certains de leurs auditeurs. La haine, la colère, l'orgueil, la ruse, l'admiration, etc., déterminent chez tout individu qui les éprouve les mêmes contractions musculaires, et par conséquent, une expression semblable, et cela non seulement chez l'homme, mais encore chez les animaux. Un autre effet de cette disposition automatique s'observe dans la minauderie. On croit que les phéno-

(1) Beaunis : *Physiologie*, t. I, p. 555.

mènes qui la constituent sont voulus et étudiés ; c'est là une erreur. On est minaudier, maniéré, par suite d'une facilité exagérée qu'ont les organes nerveux automatiques à suivre d'eux-mêmes tout ce qui se passe dans la pensée. Selon les moindres sentiments éprouvés, la voix prend alors des inflexions les plus variées, les muscles de la figure produisent les grimaces les plus mobiles, les membres et le tronc ondulent de mille façons. »

Chez l'animal, pendant toute son existence, comme l'a démontré M. Netter (1), et chez l'enfant nouveau-né, l'activité cérébro-spinale est presque tout entière automatique ; la vie du système nerveux est en quelque sorte exclusivement concentrée dans le bulbe, la moelle épinière et ses prolongements intracérébraux. Les déterminations volontaires n'existent pas, et cependant des actes compliqués, tels que la succion, s'accomplissent par le seul mécanisme réflexe des centres cérébro-rachidiens. Herbert Spencer trouve convenable de distinguer comme un ordre supérieur d'enchaînements nerveux automatiques ceux où les excitations complexes produisent des mouvements complexes. Pour montrer la différence qui existe entre un acte réflexe simple et l'instinct, il cite une observation relatée par Carpenter : « On a vu un gobe-mouche, aussitôt après sa sortie de l'œuf, attraper avec le bec un insecte, action qui requiert non seulement une appréciation très exacte de la distance, mais le pouvoir de régler d'une manière très précise

(1) Cité dans Bernheim : *Loc. cit.*, p. 179.

les mouvements musculaires selon cette distance » (1). Ici on ne saurait dire que ce soit seulement un réflexe cérébral qui dirige tous ces mouvements complexes, et cependant nul n'admet une conscience chez un gobe-mouche, à peine sorti de l'œuf.

On s'est demandé si les actes automatiques peuvent être intelligents. L'exemple du gobe-mouches révèle une action automatique d'une intelligence parfaite.

« Si on considère l'intelligence, dit Claude Bernard (2), d'une manière générale et comme une force qui harmonise les différents actes de la vie, les règle et les rapporte à leur but, les expériences physiologiques nous démontrent que cette force n'est pas concentrée dans le seul organe cérébral supérieur, et qu'elle réside au contraire à des degrés divers dans une foule de centres nerveux inconscients, échelonnés tout le long de l'axe cérébro-spinal et qui peuvent agir d'une façon indépendante, quoique coordinés et subordonnés hiérarchiquement les uns aux autres. » *Intelligent* est alors plus général que *conscient*.

Il nous reste à établir les limites de l'automatisme du côté du plus haut degré du développement de la vie psychologique. Nous répétons que ces limites n'existent pas en vérité, qu'elles sont purement conventionnelles : comme on ne peut dire où cesse l'inconscient et où commence même le subconscient, de même on ne saurait, pour certains cas particuliers, indiquer où cesse l'automatisme et où commence une action d'une dignité psychologique supérieure. Ces

(1) Herbert Spencer : *Principes de psychologie*, t. I, p. 462.
(2) Cité dans Despine : *Somnambulisme*, p. 29.

actions de dignité psychologique supérieure sont les actes voulus. Mais entre les actes automatiques inconscients et les actes voulus et conscients, il y a diverses affections morbides qui présentent une transition à ce point de vue très intéressante. Tels sont les tics convulsifs, les différentes chorées: rotatoire, festinans, oscillatoire et beaucoup d'autres; elles ne sont pas voulues, mais parfaitement conscientes. A la rigueur on les pourrait ranger dans le groupe des actes automatiques, vu que la conscience n'apparaît souvent que quand ces divers mouvements sont produits. Ce fait, on peut l'observer encore plus aisément dans l'échokinésie, l'écholalie et la coprolalie (1). Le caractère clinique des tics et des différentes chorées d'être intermittentes, circonscrites et sans utilité importe peu, parce que les actes automatiques eux-mêmes peuvent être circonscrits, sans utilité, et à un moment donné franchement intermittents. Ce qui importe, ce sont encore les rapports de ces actes avec la conscience.

Enfin, les rapports entre l'automatisme et la mémoire psychologique se caractérisent encore par la présence ou l'absence de la conscience. M. Ribot (2) regarde les actions automatiques secondaires (*secondarily automatic* de Hartley), qu'il nomme secondaires par opposition aux actes automatiques primaires ou innés, comme des types de mémoire organique. Si ces actions automatiques secondaires sont

(1) Cf. J. Allard : *Contribution à l'étude des tics chez les aliénés.* Thèse de Lyon, 1886.

(2) Ribot : *Maladies de la mémoire*, p. 7.

accompagnées de conscience, elles donnent lieu à une mémoire psychologique. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, il existe des états psychologiques qui sont remarquables par ce fait que la conscience est dédoublée ou même désagrégée en plusieurs consciences (les sujets de M. Pierre Janet, Lucie, Léonie). Le sujet de M. Azam, Félida (1), présente deux conditions, comme les appelle M. Azam, c'est-à-dire une double vie. Dans la condition prime Félida a oublié tout ce qu'elle faisait pendant l'état ou la condition seconde, mais dans la condition seconde elle se rappelle bien non seulement de tous les actes qu'elle accomplissait quand elle était dans cette condition seconde, mais encore dans l'état prime, qui est sa vie normale. Le sujet de M. Janet (2) présente trois états, dont chaque état postérieur possède une conscience qui embrasse les souvenirs des précédents, mais dont chaque état antérieur est caractérisé par une amnésie par rapport au postérieur. Eh bien, cette amnésie n'est pas une amnésie absolue, comme le demanderait une définition de l'automatisme établie à priori, c'est une amnésie relative par rapport à un état postérieur. Or, si nous examinons Léonie dans l'état du deuxième somnambulisme, ou pour se servir de la nomenclature proposée par M. Jules Janet, Léonie 3, tous les actes qu'elle accomplissait à un moment quelconque de sa vie se présenteront comme des actes qui ne sauraient être regardés comme automatiques, puis-

(1) Azam : *Hypnotisme, double conscience et altération de la personnalité,* Paris, 1887.

(2) Pierre Janet : *Loc. cit.*, p. 87 et passim.

que Léonie 3 en garde un souvenir parfait. Mais examinons Léonie 1, c'est-à-dire Léonie en état de veille, et les actes accomplis pendant ses deux phrases de somnambulisme nous apparaîtront comme des actes automatiques. Ne sommes-nous pas autorisés à nous méfier des définitions et des limites entre les actes automatiques et actes conscients ?

DEUXIÈME PARTIE

L'Automatisme pathologique.

L'idée de l'automatisme des opérations cérébrales fut formulée en France pour la première fois par Baillager en 1846 (1). En Angleterre, c'est Carpenter qui l'a développée sous le nom de *cérébration inconsciente*. En Allemagne, on ne s'est pas occupé bien particulièrement de la doctrine de l'automatisme cérébral : les faits y étaient observés comme en France et en Angleterre, mais ils furent décrits sous divers autres noms. Dans les affections pathologiques l'automatisme est le plus connu sous la forme du som-

(1) Baillarger : « Théorie de l'autom. et de l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination. » *Annal. méd.-psych.*, 1846, IV, p. 188.

nambulisme naturel. Lyus l'a étudié dans les obsessions (1), Hughlings Jackson dans l'épilepsie (2), Prosper Despine dans le somnambulisme et plusieurs autres affections, Pierre Janet en a fait une étude psychologique et expérimentale. En Russie, on a publié deux cas d'automatisme chez les ivrognes (Gofsiejeff et Sulima). Dans ces derniers temps, les observations publiées surtout en France et en Angleterre se sont tellement multipliées, qu'il est devenu presque impossible de tenir compte de toutes ces publications.

L'automatisme peut être total ou partiel. Dans le premier l'absence de conscience est complète et les actes accomplis se rapportent tantôt à l'un, tantôt à l'autre groupe de muscles. Dans le deuxième cas, la conscience subsiste, mais des actes qui sont d'ordinaire conscients, y échappent; ces actes se rapportent alors à un certain groupe de muscles et même à une seule combinaison des mouvements. L'automatisme total ne se rencontre jamais à l'état normal, il est toujours l'expression d'un trouble mental. Par contre, l'automatisme partiel peut s'observer chez chaque individu et constitue même le fond de la vie journalière; mais il est encore plus commun aux névroses, et notamment les hystériques en donnent beaucoup d'exemples. Le somnambulisme ou l'automatisme ambulatoire est un exemple de l'automatisme

(1) J. Luys : *Les obsessions pathologiques dans leurs rapports avec l'activité automatique des éléments nerveux. Encéphale*, 1883, p. 20

(2) Hughlings Jackson : *Les troubles intellectuels momentanés qui suivent les accès d'épilepsie. Revue Scient.*, 19 fév. 1876.

total, l'écriture automatique chez une hystérique anesthésique, dont le bras est caché par un écran et qui est occupée par une conversation (expériences de MM. Binet, Janet, etc.), en est un des plus intéressants de l'automatisme partiel.

Nous ne nous proposons d'étudier l'automatisme que dans quelques-uns des états pathologiques, tels que l'épilepsie, l'hystérie, chez les alcooliques, après les traumatismes. Cela ne peut être une étude complète d'un sujet qui est si vaste et qui présente tant de points obscurs. Ce que nous désirons, c'est de montrer que les faits relatifs à l'automatisme pathologique sont assez nombreux et assez importants, au point de vue clinique et médico-légal, pour que le médecin et le juriste s'en occupent davantage qu'ils ne le faisaient jusqu'à présent.

Dans ces divers états pathologiques, dans l'épilepsie, dans l'hystérie, dans l'alcoolisme, après le traumatisme, l'automatisme se présente sous la forme d'accès qui revêtent des caractères particuliers, suivant qu'ils se montrent dans le cours de telle ou telle affection du système nerveux. Les caractères psychologiques, l'importance sociale, la fréquence d'accès, le diagnostic, le pronostic, le traitement, tout est variable et tout dépend du terrain sur lequel l'accès se montre. C'est pourquoi nous étudierons tour à tour l'automatisme dans chacune de ces affections à part. Suivant l'importance clinique et médico-légale, nous nous arrêterons plus longuement sur l'une ou l'autre de ces affections.

Chapitre premier

L'Automatisme dans l'épilepsie.

Les faits que nous allons étudier sont connus depuis fort longtemps, mais à diverses époques et dans les divers pays, on les décrivait sous différents noms. Ainsi les actions automatiques, dans l'épilepsie étaient déjà connues par Bootius au XVII[e] siècle (1) et par Andree au XVIII[e] siècle (2). Bootius a donné à ces cas le nom *d'epilepsia cursiva*. Il ne faut pas confondre avec ces observations les cas *d'épilepsie procursive*. Les cas qui ont porté le nom *d'épilepsie masquée* (Esquirol), *d'épilepsie larvée* (Morel) sont des cas d'automatisme épileptique. Dans la *manie épileptique*, on peut de même reconnaître aisément le rôle de l'automatisme. Cependant Samt, Tamburini, Bonfigli, Toselli, et plus

(1) Bootius : *Observationes médicae de affectis omissis*, London, 1649; *in* Gowers : *De l'épilepsie et autres maladies convulsives chroniques*. Trad. de M. A. Carrier, p. 61.

(2) Andree : *Cas of the epilepsy, etc.*, 1746, *Ibid.*

récemment Echeverria, prouvèrent que la manie épileptique est parfois suivie du souvenir, qui s'efface plus tard. L'*épilepsie psychique*, comme on l'appelle parfois en Allemagne, est encore un terme pour les actes automatiques dans le cours d'épilepsie ; de même la *folie épileptique*, le *délire épileptique*.

En 1860, M. Falret a publié une série d'articles sur l'état mental des épileptiques, où notre sujet est présenté sous forme d'observations bien décrites. Un des auteurs les plus compétents, M. Hughlings Jackson, se sert de l'expression *automatisme mental*. M. Prosper Despine préfère l'expression *automatisme cérébral*. Le terme *fugues* est employé pour une certaine variété d'automatisme, soit hystérique, soit épileptique. Enfin, M. Charcot a créé le nom *automatisme ambulatoire* pour un groupe de cas à étiologie différente, qui sont de nature à être facilement méconnus et qui présentent cependant le plus grand intérêt pratique.

La première question que nous nous devons poser est celle-ci : Quel est le rapport entre les accès d'automatisme et les accès d'épilepsie ? Eh bien, l'automatisme peut bien précéder l'accès d'épilepsie, mais le plus souvent il est post-épileptique ; enfin, il peut survenir en dehors des accès et alors il remplace l'accès. Cependant, ce dernier point est très discuté. D'après une opinion ancienne il s'agissait, dans les cas d'automatisme en dehors d'accès épileptiques, de véritables accidents épileptiques produits par des modifications cérébrales, qui, à un autre degré et dans un autre siège, pouvaient donner naissance à une atta-

que épileptique ordinaire. Cette opinion, qui se rattache à l'épilepsie masquée, à l'épilepsie larvée, fut d'abord adoptée par M. Jackson. Mais plus tard, cet auteur a émis une nouvelle théorie, d'après laquelle ces cas sont toujours post-épileptiques. « Il me semble probable que chez les épileptiques, dans tous les cas d'automatisme mental, il se produit avant cet automatisme un accès d'épilepsie très court. Je sais fort bien et je reconnais que quelquefois il est impossible de découvrir le moindre indice d'un accès antérieur. Le malade sujet à des accès convulsifs peut être brusquement saisi de démence, sans que même le médecin qui l'étudie ait pu observer la moindre altération physique indiquant un accès qui précède la démence. J'en citerai même un exemple, pour bien montrer que je ne crains pas d'aborder la difficulté de front. Un confrère, médecin fort distingué, s'était chargé d'accompagner à Londres un de mes malades atteint d'épilepsie. Il m'a raconté que pendant le voyage brusquement, et sans aucun symptôme prémonitoire qui indiquât un accès d'épilepsie, le malade était devenu fort agité et avait lutté pendant vingt minutes avec une certaine violence contre les gardiens qui cherchaient à le maintenir. Malgré cela, il me semble plus probable, l'hypothèse me paraît plus facile à admettre, que dans ces cas et dans tous les cas d'automatisme mental subits chez les épileptiques, il y a eu auparavant un léger paroxysme de quelques instants » (1) M. Gowers

(1) Hughlings Jackson : *Troubles intellectuels après les accès épileptiques. Revue Scient.*, 19 fév. 1876, p. 171.

reconnait que ces accès sont ordinairement post-épileptiques, mais il lui semble que l'on ne doit pas rejeter entièrement l'ancienne opinion (1).

Automatisme pré-convulsif. — C'est un des symptômes précurseurs d'un accès d'épilepsie. Dans quelques cas rares, le début d'un accès est précédé de quelque action automatique, comme de courir. Un malade parcourait toujours une petite distance à la course, puis il tombait d'une attaque. Un autre malade, chez qui les attaques étaient épileptiques et graves, s'il était en course, revenait toujours sur ses pas et reculait un instant, puis tombait d'un accès. Il revenait sur ses pas même, s'il allait chez lui et n'était pas loin de sa demeure (2). Dans les grandes attaques de l'épilepsie procursive il y a des mouvements automatiques qui font l'introduction à l'attaque. « R... se mettait à rire, faisant avec ses lèvres un bruit particulier. En même temps il remuait les jambes, comme s'il dansait une de ces lourdes danses de nos paysans, et gesticulait avec ses bras, comme un télégraphe aérien. S'il portait à ce moment quelques objets dans les mains, il les entreposait violemment, et un jour il brisa ainsi plusieurs vases. Puis, tout à coup, continuant toujours à rire, il se lançait en avant et se mettait à courir pendant 20 ou 30 mètres, et alors brusquement il tombait sur la face, se débattait, se roulait sur lui-même et enfin il se produisait une violente attaque

(1) Gowers : *De l'epilepsie, etc.*, p. 346.
(2) *Ibid.*, p. 63.

d'épilepsie avec ses trois phases ordinaires (1). » En somme, l'automatisme pré-épileptique est rare, ou peut-être il n'est que rarement observé. Aussi, il ne nous est pas possible d'y insister davantage.

Automatisme post-convulsif. — Pour M. Jackson, tous les cas d'automatisme comitial (sauf ceux, du début d'une crise?) sont post-épileptiques. Cependant, ce ne sont pas même la plupart des cas qui sont franchement postérieurs à l'attaque. L'automastisme est rare après les crises graves, il est plus fréquent après les attaques de petit mal. Une faible idée de la fréquence de l'automatisme post-épileptique que donne la statistique de M. Althaus (2) : dans 250 cas d'épilepsie génuine (non symptomatique), il y avait des troubles psychiques dans 64,4 % des cas. L'épilepsie avec des troubles psychiques révélait 7,4 % d'automatisme comitial. Tous les malades indemnes des troubles psychiques présentaient des attaques complètes de convulsions, tandis que ceux qui avaient des troubles de la conscience, mais sans convulsions, le petit mal ou levertige épileptique, présentaient des troubles psychiques très nets. Si la statistique de M. Althaus n'est pas assez grande pour nous donner un tableau complet de la fréquence de l'automatisme, nous pouvons espérer que sous peu nous apprendrons davantage. Depuis 1878, M. Hack Tuke s'est livré à une enquête sur le somnambulisme. On est autorisé

(1) A. Mairet : *Epilepsie procursive. Rev. de médecine*, 1889, p. 197.

(2) Althaus : *Sur quelques phénomènes postépileptiques. Médical Times ; in Zeitschr. für Psych.*, 1885 ; *Berichte über de psychiatr. Literatur für* 1884, p. 73.

à espérer que cet auteur si compétent dans ces questions nous fournira aussi des renseignements sur l'automatisme post-épileptique.

On observe des actes automatiques non seulement après une attaque d'épilepsie génuine, mais parfois aussi après une attaque d'épilepsie symptomatique. Nous avons eu tout récemment l'occasion d'observer dans le service de M. S. Perret, chargé de la clinique des maladies des enfants, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, une petite fille de 6 ans, qui est atteinte d'une lésion célébrale organique. Elle avait eu une hémiplégie droite incomplète, qui a totalement disparu ; actuellement, elle présente une paralysie faciale des deux branches inférieures du côté droit et aucune autre lésion, ni de motilité, ni de sensibilité. Elle prend très souvent des accès épileptoïdes avec convulsions, qui prédominaient d'abord du côté droit, maintenant à gauche. L'attaque débute brusquement, avec perte de connaissance, si bien que la malade tombe de son lit par terre. Pas de cri, pas de morsure de la langue. Déviation conjuguée des yeux. L'attaque dure un quart à une demi-minute, et quand la malade recouvre la connaissance, on la voit presque toujours exécuter les mouvements de mâcher quelque chose.

Elle est d'un caractère irritable, surtout après l'accès. Sa sœur, qui est en traitement pour une dothiénentérie, ne présente aucun trouble nerveux. Ce mâchement automatique est une forme assez fréquente d'automatisme comitial partiel et est mentionné aussi par Gowers.

Ce serait un trop long travail que d'énumérer toutes les formes d'automatisme partiel ou total après l'attaque d'épilepsie. Citons seulement un exemple : « Il nous est arrivé, dit Trousseau dans sa *Clinique* (t. II, p. 75, édit. 1873), d'être mandé auprès d'un épileptique immédiatement après l'attaque. Le malade nous répondait assez pertinemment, obéissait aux prescriptions médicales qu'on lui faisait, indiquait ses souffrances, prenait un bain, se laissait saigner. Quelques heures plus tard, non seulement il avait *oublié* toutes les circonstances de son attaque, mais encore tous les faits que je viens d'indiquer, et auquel *il avait semblé participer* avec tant de présence d'esprit. »

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. Albert Carrier, médecin des hôpitaux, présente un exemple d'accès automatiques post-convulsifs.

Observation I.

(Service de M. Carrier.)

T... (Louise), journalière. A l'entrée, le 21 février 1880, âgée de 35 ans.

Malade depuis trois ans, à la suite d'une grande révolution ; elle craignait beaucoup son mari et quand elle le voyait venir, il lui tournait le sang. La malade travaillait sur les chapeaux et veillait très tard. Début par une crise complète d'épilepsie. Les crises reviennent en moyenne toutes les semaines. La malade a pris beaucoup de sirop de Henri Mûre, elle croit que c'est cette médication qui l'a

rendue idiote. Elle paraît en effet bizarre. Elle sait très bien qu'à la suite d'une crise elle reste quelquefois idiote toute une journée. Pendant ce temps, elle commet diverses actions sans en avoir conscience ; ainsi, elle se couche après son accès et reste dans cet état obnubilé pendant de longues heures.

Bien réglée. Pas d'aura epileptica.

Trois enfants, trois filles, toutes les trois bien portantes (âgées de 18, 14, 9 ans); dans l'intervalle elle a eu cinq fausses couches. La menstruation ne semble pas avoir une influence bien marquée sur l'apparition des crises. Pas d'antécédents héréditaires.

La malade est soumise à une observation continuelle depuis le 21 février 1880, et prend régulièrement depuis cette époque du bromure de potassium.

24 avril. — Un peu d'hébétude, pas de crises.

18 septembre. — Un léger étourdissement.

16 octobre. — Une crise, pertes blanches abondantes.

13 novembre. — Quelques absences, pas de crises.

11 décembre. — Deux crises, quelques absences.

5 février 1881. — Pas de crises, quelques absences.

12 mars. — Pas de crises, absences fréquentes.

10 décembre. — Va toujours bien. Les derniers jours seulement des absences, mais pas de crises. Les absences durent toute une après-midi.

7 janvier 1882. — Huit absences depuis un mois. Chagrins domestiques.

11 mars. — A pris une très forte crise ces jours-ci, n'en avait pas prises depuis plus d'un an. N'a pas eu d'hébétude après la crise, comme jadis.

La malade reste presque toute une année sans crises.

10 février 1883. — Pas de crises. La malade se plaint surtout d'absence, sa mémoire s'affaiblit, à certains moments elle est portée à douter de son existence.

10 mars. — Hier, une crise ayant duré dix minutes, avec perte de connaissance.

12 mai. — Le 11 mai abattement.

21 juillet. — Trois grandes crises et dix vertiges. Bromure.

29 décembre. — Depuis le mois de juillet, trois crises. Fréquents accès d'idiotie.

1er mars 1884. — Pas de crises, mais absences.

19 avril. — Une crise et deux jours d'obnubilation consécutive.

3 mai. — Une crise suivie d'une période de délire, qui a persisté depuis 6 heures du matin jusqu'à 3 heures du soir.

24 mai. — Quatre crises.

21 juin. — Six ou sept vertiges par semaine.

10 janvier 1885. — Pas de crises, de temps en temps vertiges.

11 février. — On avait diminué la quantité de bromure, aussi pendant ce mois elle a eu plusieurs absences, dont l'une a duré plus de vingt-quatre heures.

8 avril. — Au moment de ses époques elle prend toujours des vertiges ; toute la semaine passée elle restait immobilisée pendant six ou sept heures, dans un état d'obnubilation dont elle ne se rend pas compte.

3 juin. — Le 24 mai, vers 3 heures du soir, jusqu'au lendemain 11 heures, obnubilation dont elle ne garde aucun souvenir. C'était pendant la période menstruelle. Pas de convulsions pendant cet état, mais seulement des allées et venues.

8 juillet. — Une crise de délire, absences.

29 juillet. — Une crise de grand mal. Elle n'avait pas eu de crises semblables depuis trois ans. Cri initial, émission d'urine, écume, convulsions. Pas de morsure de la langue.

22 août. — Une crise.

2 septembre. — Vertiges fréquents.

14 octobre. — Une crise avec cri au début. Deux ou trois vertiges par mois.

7 novembre. — Troubles intellectuels survenant sans cause occasionnelle appréciable.

28 juillet 1886. — Une crise. Parfois vertiges au moment des époques.

9 février 1887. — Période d'inconscience de 4 heures du soir à 11 heures du lendemain.

9 mars. — Période d'inconscience de quatre heures de durée. C'est ce qu'elle appelle idiotisme.

30 mars. — Vertiges avant ou après les crises.

4 mai. — Au moment de ses règles, nouvelle crise ; période d'inconcience ayant durée toute une nuit.

1er juin. — La nuit dernière elle a eu une de ses absences.

20 juillet. — Quatre absences durant le mois.

10 août. — Quatre absences, une par semaine.

14 septembre. — Quatre absences, l'une a duré un jour et demi.

19 octobre. — Quatre absences.

13 mars 1889. — Hier, depuis 7 heures du matin jusqu'à 1 heure du soir, obnubilation intellectuelle.

Automatisme comitial en dehors d'attaques convulsives. — Il s'observe sous des différentes formes chez les individus qui ont présenté des attaques du grand mal ou bien du petit mal, des vertiges; mais on a aussi décrit des cas d'automatisme qui, par leurs caractères particuliers, furent reconnus par les observateurs comme étant de nature comitiale, bien que les sujets en question n'aient jamais présenté aucun autre signe d'épilepsie. Ces derniers cas sont les plus difficiles, les plus instructifs et de la plus grande portée médico-légale. Commençons par les premiers.

M. Despine divise les accès d'automatisme cérébral épileptique en accès appelés *vertige* et accès de *fureur*. Les observations suivantes nous serviront comme exemples-types : « J'ai dans mon service, dit Trousseau(1), une jeune fille d'un caractère doux et facile, qui a quelquefois, en vingt-quatre heures, jusqu'à cent attaques de petit mal. La première nuit qu'elle passa à l'Hôtel-Dieu, on la coucha dans une chambre avec

(1) *Clinique*, t. II, p. 73, éd. 1873.

une infirmière intelligente et dévouée. Vers le milieu de la nuit, l'infirmière fut réveillée en sursaut : la malade s'était levée après une de ses attaques et l'accablait de coups. A peine une demi-minute s'était-elle écoulée, que l'épileptique, revenue à elle, regagnait son lit, ignorant ce qu'elle avait fait. — Une dame épileptique, de la meilleure société, profère tout à coup, dans le monde, au théâtre, à l'église, à la promenade, ou les injures les plus graves, ou les mots les plus obscènes, dont elle n'a pas conscience. C'est d'ailleurs une femme respectable à tous égards et d'une intelligence fort élevée ». M. Jackson cite les faits suivants : « Un épileptique allait au restaurant; il commandait son dîner, il en avait la conscience et il se le rappelait très bien plus tard ; puis, tout à coup, il perdait la conscience de l'être. Pendant ce temps, il mangeait son dîner, le payait, puis il revenait à son bureau. Il reprenait alors la conscience; mais, ignorant ce qui s'était passé, il retournait au restaurant et demandait s'il avait paru indisposé, s'il avait dîné et payé. On lui répondait qu'il n'avait point été indisposé, qu'il avait dîné et payé. Son camarade de bureau, qui l'avait vu rentrer dans cet état d'inconscience, lui dit que son absence du bureau n'avait pas été prolongée davantage que d'habitude. — Un épileptique, étant chez un marchand de vins, tombe sur le dos dans un état d'inconscience. Le marchand le relève. Le malade se débat et s'échappe, laissant dans la boutique son chapeau et son carnet. Quelques instants après, le marchand se met à la recherche du malade, et il le retrouve à un demi-kilomètre de là.

Dans son état d'inconscience, ce malade demandait son chapeau dans toutes les boutiques devant lesquelles il passait. Ce ne fut que dix minutes après qu'il revint à lui » (1).

Les accès de la fureur épileptique ne se distinguent de ceux que nous venons de rapporter que par la violence avec laquelle la décharge nerveuse se fait jour. « Un individu, atteint depuis peu d'épilepsie, n'avait présenté aucun trouble dans ses facultés mentales. Il était sobre et doux, tout ce qu'il présentait d'insolite était une tendance plus prononcée à la dévotion. Un jour qu'il était tranquillement occupé à lire la Bible, il reçut la visite d'une femme du voisinage. Aussitôt il se lève, transporté d'une fureur soudaine, saisit un couteau et se précipite sur cette malheureuse. L'épouse de ce furieux et sa fille étant accourues au secours de la victime, il cherche à les égorger, et il l'eût fait sans le secours d'autres personnes. Revenu à lui, il n'avait pas connaissance de ces faits déplorables » (2).

Les caractères de la violence épileptique sont trop connus, pour que nous y insistions davantage. M. Falret en a fait une étude classique et depuis ce sujet a été traité à plusieurs reprises. L'épilepsie psychique, la manie épileptique, l'épilepsie larvée, masquée, entrent dans cette catégorie. C'est elle qui est le plus souvent le sujet des rapports médico-légaux sur les

(1) Pour plus de détails voir Prosper Despine : *Étude scientifique sur le somnambulisme*, Paris, 1880, pp. 294 sqq.

(2) *Ibid.*, p. 308.

crimes commis par les épileptiques; mais c'est-elle aussi qui présente le moins de difficultés.

Il n'en est pas ainsi des actes automatiques commis par des individus qui ne présentaient jamais des accès franchement épileptiques. Les cas de ce genre ne sont pas précisément rares. L'observation suivante, recueillie par nous dans le service de M. Carrier, nous permettra d'aborder l'étude de la catégorie des cas connus sous le nom d'automatisme ambulatoire :

Observation II.

(Service de M. Carrier.)

J... (Thérèse), âgée de 38 ans, cuisinière.

Antécédents.— Le père de notre malade est mort à 34 ans, « d'un dépôt de gale », dit-elle. Il aurait souffert pendant douze ans (hiver et été) d'une sorte de « grosseur » à la cuisse; la malade très jeune à cette époque ne saurait préciser davantage. La malade ne sait pas ce qui s'est passé pendant la grossesse de sa mère; accouchement normal. Le père n'était pas alcoolique, ni nerveux.

Mère mariée à 18 ans; morte à 67 ans, de refroidissement (?) Elle était irritable, tombait facilement en colère. Pas de paralysies, pas de névralgies, pas de rhumatismes, ni alcoolisme.

La grand'mère maternelle buvait; pas de renseignements sur les autres ascendants.

Notre malade est la dernière de cinq enfants. Un frère aîné, mort à 22 ans, par accident; une sœur morte en bas âge (cause inconnue); une sœur aînée et une cadette se portent bien et ne sont pas nerveuses. La malade est seule à prendre des crises. Les oncles, les tantes, n'étaient pas non plus des nerveux.

Notre malade s'est bien portée jusqu'à 10 ans. A cette époque, sans cause apparente, elle fut prise de vertiges,

qu'elle décrit ainsi : elle regardait fixement un objet, perdait connaissance, mais ne tombait pas ; au contraire, elle serrait plus fortement l'objet qu'elle tenait. Ces phénomènes, qui duraient quelques secondes seulement, se reproduisaient plusieurs fois par jour, surtout si elle était contrariée. Jamais elle ne poussait de cri. Cet état a toujours duré. Réglée à 17 ans, la menstruation est restée suspendue toute une année, puis est venue irrégulièrement jusqu'à son mariage, à l'âge de 20 ans. Elle a eu quatre couches, toutes bonnes. Trois enfants se portent bien ; un est mort de cause inconnue.

De 20 à 28 ans elle a vécut avec son mari. Dans ce laps de temps elle eut non seulement des vertiges, mais aussi deux crises.

Voici le tableau de ces crises : elle perd tout à fait connaissance, mais sans pousser de cri, sans tomber, sans se mordre la langue, sans avoir des convulsions. Cependant elle se met à marcher. « Je ne vois pas, n'entends pas, ne parle pas, raconte-t-elle, seulement au début des crises, je dis des « bêtises ». — Comment savez-vous que vous ne parlez pas ? — « Parce que les autres me le disent. »

En Savoie, où elle vivait avec son mari, et où elle eut les deux premières crises, elle se sauvait dans les champs, où des paysannes l'ont recueillie et reconduite chez elle, sans qu'elle leur ait opposé aucune résistance. Après deux heures environ la première fois, après une heure la deuxième fois, la connaissance lui revint. Les huit ou dix jours suivants, elle ne prit pas de vertiges.

La malade reconnaît l'approche des crises par la multiplicité des vertiges dans les jours qui précèdent. Immédiatement avant la crise, les vertiges deviennent encore plus fréquents. Un vertige n'est pas passé qu'un autre survient ; enfin elle perd tout à fait connaissance. Les vertiges sont aussi très fréquents à l'époque des règles, avant ou après.

A 28 ans son mari la quitta. Cela n'eut aucune influence fâcheuse sur notre malade et n'occasionna pas de crises. Elle vint à Lyon, où elle est cuisinière, voilà dix ans.

Pendant ces dix ans elle a eu, en somme, encore sept crises. La première il y a, six ans. Sa mère est morte il y a quatre ans. Elle attribue à l'émotion qu'elle en ressentit deux

crises qui suivirent, séparées par un intervalle assez bref. La quatrième crise survint il y a trois ans, la cinquième en septembre 1888, puis une le 16 janvier 1889, et la dernière le 3 février 1889.

Tandis que les premières crises qu'elle avait eues en Savoie commençaient pendant la journée, les sept autres qu'elle prit à Lyon débutèrent le matin. La nuit précédente elle dormait toujours bien. Constamment les vertiges devenaient plus fréquents immédiatement avant l'accès. Ces vertiges ressemblaient tellement à une crise, que la malade les décrit parfois comme de « petites crises. »

« Je parle avec vous, dit-elle, tout à coup un brouillard me passe devant les yeux, je perds pour un moment connaissance, et puis je reprends la conversation où je l'ai interrompue. »

La première crise à Lyon survint, à ce que prétend la malade, à la suite d'une dispute avec sa patronne. Elle dura à peu près trente-six heures, soit depuis le matin du jour du début jusqu'au soir du lendemain. La malade fut mise au lit et y resta tout ce temps. Cependant elle se leva à plusieurs reprises, se recouchant quand on l'engageait à le faire. Elle affirma, après la crise, qu'elle n'avait pas seulement fixé son regard, les yeux grands ouverts, mais qu'elle avait aussi tourné les yeux d'un côté ; mais elle ignorait si c'était à droite ou à gauche.

De même les autres crises auraient été la suite de contrariétés. Elles ont duré, comme les premières, un jour et demi, sauf la dernière, celle du 3 février 1889. Celle-ci dura seulement trois heures, ce qu'on peut attribuer à l'action du bromure, que la malade prend depuis janvier 1889. Du 3 février 1889 jusqu'en mars 1890 pas de crises. Les vertiges ont également diminué depuis qu'elle a pris des remèdes ; ainsi, les trois dernières semaines, pas de vertiges.

Nous avons dit que généralement on prenait soin d'elle ; mais ce n'était pas toujours ainsi.

L'accès de septembre 1888 en est la meilleure preuve. Cet accès la frappa à 6 heures du matin. Au moment où le laitier venait de lui donner deux « berthes » de lait, elle ouvrit la porte, une berthe dans chaque main, et s'enfuit. De tout ce qui s'est passé à partir du moment où elle parlait avec le

laitier, elle ne sait rien que ce qu'on lui en a dit. Son patron lui a raconté que le laitier courait après elle pour se faire payer son lait et pour reprendre ses berthes, s'écriant qu'elle était folle de porter ainsi ses berthes et de se sauver sans payer. Quoi qu'il en soit, c'est seulement le soir, à 8 heures, qu'un gardien de la paix l'arrêta à Vaise, elle qui avait son domicile à Perrache, à trois quarts d'heure de là. Elle était dans le même costume négligé dans lequel elle avait quitté sa cuisine ; seulement, dans sa main droite, elle tenait, non plus une berthe, mais une miche. Elle fut conduite au palais de Justice, où l'on n'en put tirer aucun renseignement. Aussi fut-elle écrouée. Le lendemain après-midi, elle commença à répondre aux questions dont l'accablaient les autres détenues. Ses réponses étaient d'abord vagues et insensées. — Avez-vous des enfants ? — Oui. Vos enfants sont-ils mariés ? — Oui. (Ses enfants ne sont pas mariés.) — Où sont vos enfants ? — Elle regardait d'un air stupide, sans donner aucune réponse à cette troisième question. Mais enfin elle reprit sa connaissance, expliqua son état et, renseignements pris, elle fut relâchée à 6 heures du soir.

En général, on peut dire qu'elle continue, pendant les crises, à faire ce qu'elle faisait auparavant : si elle était au lit, elle reste au lit une demi-heure, une heure, puis se lève, jusqu'à ce qu'on la force à s'y remettre. Si elle était en train de marcher, elle marche, etc. Quoiqu'elle ait passé toute la journée de son accès de septembre 1888 dans la rue, sans avoir été arrêtée, elle a néanmoins, pendant les crises, l'air tout à fait égaré ; aussi, ceux qui sont autour d'elle distinguent-ils aisément par ses allures le moment des accès.

Le 16 janvier, sa nouvelle patronne l'envoya à l'Hôtel-Dieu, croyant qu'il s'agissait d'une paralysie ; il n'y avait du reste aucune trace de paralysie. C'était simplement son aspect extérieur qui avait effrayé son entourage. Pendant ses crises, elle perd sans s'en douter ses urines et ses selles.

État actuel. — C'est une femme de moyenne taille, d'une constitution générale assez bonne ; un peu amaigrie, surtout la figure ; le squelette, la musculature sont bien développées. La peau est d'une couleur normale, la face est pâle. Les mâchoires supérieures saillantes, les joues enfoncées. Les pupilles sont égales des deux côtés, réagissent bien à la

lumière. L'acuité visuelle à l'échelle de Monoyer n'accuse aucune diminution. Le champ visuel n'est pas rétréci. Pas d'asymétrie dans le contour du crâne. Diamètre antéro-postérieur = 186 m/m ; transversal = 157 m/m ; indice céphalique = 84 ; circonférence totale = 540 m/m. Aucun point douloureux ni sur le crâne, ni sur la colonne vertébrale. Pas d'autres tares hystériques. La malade ne présente pas non plus de points douloureux ni sur l'épigastre, ni dans la région ovarienne. Pas d'anesthésie, ni d'hyperesthésie, ni de paraplégie. La motilité est parfaite, ainsi que la force motrice et le sens musculaire. Les réflexes rotuliens ne sont ni exagérés, ni diminués. *La sensibilité pharyngienne est très diminuée, presque abolie.* Pas de sensations anormales.

Les organes thoraciques : poumons, cœur, ne présentent rien de particulier, non plus que les organes abdominaux : foie, rate, estomac, intestins, vessie. La tension artérielle n'est pas sensiblement augmentée. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. L'appétit est bon. Pas de constipation.

Diagnostic. — Le diagnostic de la nature comitiale de ce cas n'est pas difficile. Il faut se rappeler seulement le cas de M. Charcot, publié par ses élèves dans les *Leçons du mardi à la Salpêtrière* (1). Il s'agit d'un homme âgé de 37 ans, marié, père de deux enfants bien portants et qui est fort rangé, de mœurs douces, absolument étranger aux accès alcooliques ou autres. Pas de tares héréditaires. Il n'avait jamais été malade jusqu'à l'époque où, il y a deux ans, commencèrent à paraître, sans cause appréciable, les crises d'automatisme ambulatoire.

Voici la description d'une de ces crises :

M... exerce la profession de livreur de marchandises à domicile. Un jour, après avoir fait sa com-

(1) *Policlinique*, 1888-1889, n° 14.

mission chez un client, il perdit tout d'un coup connaissance. C'était le 18 janvier 1889, 8 heures du soir. Le 26 janvier, à 2 heures de l'après-midi, il s'est trouvé sur un pont suspendu, au milieu d'une ville qu'il ne connaissait pas; en ce moment-là passait un régiment avec la musique militaire en tête; c'est peut-être cela qui l'a réveillé. Craignant de demander le nom de la ville pour ne pas être regardé comme un fou, il prit le parti de demander le chemin de la gare et c'est ainsi qu'il apprit qu'il se trouvait à Brest.

Ses habits étaient propres, ses souliers n'étaient pas usés. Il a dû par conséquent prendre un billet de chemin de fer à destination de Brest, l'exhiber plusieurs fois pendant le trajet et le remettre enfin à l'employé lors de l'arrivée; il n'a pas, vraisemblablement, couché à la belle étoile et a dû entrer dans un hôtel où il a été logé et nourri pour son argent. Dans l'accomplissement de tous ces actes si complexes il a dû fatalement, quoique inconscient ou pour le moins subconscient, se conduire à la manière d'un homme éveillé, tranquille, sain d'esprit, agissant de propos délibéré et en un mot ne commettre aucune action et ne présenter rien dans ses allures ou dans sa physionomie qui pût le faire considérer comme un malade, comme un aliéné.

C'est aussi le cas de notre malade. Elle s'est promenée dans la ville de Lyon depuis 6 heures du matin jusqu'à 8 heures du soir, et personne n'a cru devoir intervenir, probablement parce que personne ne soupçonnait qu'elle se trouvât dans un

état anormal. Elle a dû traverser plusieurs rues très animées et éviter les chevaux et les hommes; aucun accident ne lui est arrivé. Ce n'est qu'à 8 heures du soir qu'elle a été arrêtée, probablement parce qu'elle attira l'attention du gardien de la paix par son costume ou son air hésitant.

Mais poursuivons l'histoire de M..., qui est très intéressante à plus d'un point de vue. Arrivé à la gare, sa première pensée fut de se demander s'il n'avait pas été volé pendant son « absence ». Il avait touché 900 fr. dans la journée du 18 pour le compte de son patron. Il trouva dans son portefeuille 700 fr.; il avait donc dépensé 200 fr., sans savoir comment. Il n'était pas étonné de tout cela, parce que pareille chose lui était déjà arrivé plusieurs fois en petit pendant ses crises antérieures. Mais il craignait que sa maladie ne le reprît et ne l'obligeât à recommencer des voyages involontaires et à dépenser ce qui lui restait de l'argent du patron. En se rendant à la gare pour écrire une dépêche à son patron, il rencontra un gendarme qui se promenait de long en large; alors l'idée lui vint de lui raconter son affaire et de se mettre sous sa protection. Il s'est donc présenté au gendarme, lui a conté tout ce qui lui était arrivé, lui a montré ses papiers, sa carte d'électeur; il lui a expliqué qu'il avait de l'argent sur lui et lui en a dit le chiffre en même temps que la provenance; il lui a présenté aussi l'ordonnance de M. Charcot pour la montrer en cas d'un accident. Cette ordonnance portait en tête le diagnostic : « Crises comitiales ambulatoires ».

Le gendarme, après avoir lu le papier, le lui a rendu en disant : « C'est bien, je connais ça, » et l'a conduit au poste. Là, il lui a pris son portefeuille et l'a déchiré pour voir s'il ne contenait pas quelque compartiment secret; puis il a fouillé toutes ses poches assez brutalement. Le pauvre homme eut beau protester, on le mit dans une espèce de casemate percée de meurtrières sans vitres et où il n'y avait pas même de paille pour se coucher; c'est là qu'il a passé la nuit.

Une dépêche avait été envoyée au patron par le gendarme; hélas! la réponse qui arriva le lendemain matin, vers 9 heures, n'était pas faite pour améliorer la situation du pauvre homme; elle était conçue à peu près comme il suit : « Maintenir l'arrestation; l'argent qu'il porte est à moi. » Le patron était nouveau et n'avait pas de raison de s'intéresser à l'employé, comme l'ancien patron qui le connaissait depuis près de vingt ans. Quand le gendarme lui a montré la dépêche, il était tout fier : « Vous voyez bien, lui a-t-il dit; je connais ces affaires là. » Alors on lui a mis les menottes et on l'a conduit, à pied, à travers la ville, au palais de Justice. Mais le procureur n'était pas là, alors on l'a conduit au fort de X... Là on a pris son signalement, puis on l'a fait déshabiller pour s'assurer qu'il n'avait rien gardé sur lui; après quoi on l'a fait entrer dans un quartier où il y avait des prévenus de bien mauvaise mine. Le lendemain il a été conduit, en voiture cellulaire, devant le procureur qui, cette fois, était là. Il lui a expliqué qu'il n'avait pas été arrêté par le gendarme, mais qu'il

était allé vers lui en lui racontant son affaire; que tout cela s'était passé parce qu'il est malade et a montré de nouveau l'ordonnance de M. Charcot, signée en grosses et lisibles lettres. Le magistrat l'a à peine regardée, et la lui a rendue en disant: « C'est bien, c'est bien; nous verrons ça! » M. Charcot ne put s'empêcher d'exprimer son indignation pendant que le malade lui faisait ce récit.

« Absolument comme le gendarme ! remarque-t-il à ses auditeurs. Vous le voyez, ces messieurs, c'est triste à avouer, ne sont pas fort impressionnés par l'appréciation des médecins; c'était cependant, si je ne me trompe, le cas ou jamais de réclamer l'avis d'un expert. »

Le pauvre homme est resté en prison six jours pleins. On l'a mis en liberté le septième jours, après avoir reçu une nouvelle dépêche de son patron qui disait: « J'apprends que mon employé est malade, ayez pour lui des égards. » Alors il est revenu à Paris.

Mais cela n'est pas encore la fin de l'histoire. En effet, dès son retour, il a été « remercié » par son nouveau patron, qui ne voulait pas courir par son fait de nouveaux risques; et, de plus, s'adressant à une société de secours mutuels dont il est membre, pour obtenir un subside, il lui a été répondu par un refus formel, sous le prétexte que la maladie dont il souffre avait été causée par l'intempérance. »

L'interrogatoire de notre malade démontre que ce cas n'est pas unique dans son genre. Elle aussi a connu les rigueurs de la justice. De plus, elle a dû, à plusieurs reprises différentes, quitter sa place de cuisi-

nière, c'est-à-dire chaque fois qu'il lui arrivait de prendre une nouvelle crise d'automatisme ambulatoire.

Pour justifier son diagnostic, M. Charcot met en lumière un point fort important de l'histoire de son malade, à savoir que l'emploi du bromure de potassium, à doses suffisamment élevées et suffisamment prolongées, a eu sur le retour des crises une influence d'arrêt très marquée en même temps qu'il les a atténuées. C'est dans l'épilepsie seule, dit M. Charcot, tant convulsive que vertigineuse ou psychique, qu'on voit le bromure de potassium produire des effets aussi nettement accusés; il ne les produit pas, M. Charcot s'en porte garant, dans les attaques délirantes ou convulsive de l'hystérie.

C'est encore le cas de notre malade. Jusque vers le 16 janvier 1889 elle avait eu huit crises, dont deux dernières dans un intervalle assez court, en septembre 1888 et en janvier 1889 et d'assez longue durée, une journée et demie. En janvier 1889, elle commence à suivre un traitement régulier par le bromure de potassium. Le résultat est que, peu de temps après le commencement du traitement, alors que l'action de ce dernier ne pouvait pas encore être assez marquée, elle a encore un accès, mais qui ne dure plus que trois heures. C'est déjà un résultat. Depuis, pendant plus d'une année point de crises. Est-ce suffisant pour établir le diagnostic? Nous croyons plus prudent de nous retrancher derrière l'autorité de M. Charcot. Cependant, il y a encore un point dans notre observation qui n'existe pas dans le cas de M. Charcot et qui a

une grande valeur au point de vue du diagnostic : c'est que notre malade prend aussi des vertiges. On pourrait peut-être nous objecter que notre malade est une hystérique et non une épileptique, parce qu'elle présente une anesthésie pharyngienne. Mais cette anesthésie pharyngienne est bien suffisamment expliquée par le bromure qu'elle prend depuis un an. Malgré nos recherches réitérées, nous n'avons pu trouver d'autres stigmates hystériques.

Voici encore une observation d'automatisme ambulatoire comitial :

Observation III.

(Service de M. Drivon, médecin des hôpitaux.)

F... (Jean-Marie), 35 ans, employé de commerce. Entré le 21 décembre 1887.

Marié, trois enfants. Un enfant mort à 14 mois, en deux jours, d'éclampsie ; les deux autres enfants, actuellement vivants, sont sujets aux convulsions. Une petite fille de 7 ans a jusqu'à 2 ans présenté des crises d'éclampsie. Le petit garçon, âgé aujourd'hui de 3 ans, en a eu jusqu'à maintenant ; elles sont devenues plus rares ces derniers temps.

Ces crises étaient caractérisées par une chute, suivie de cyanose de la face et des muqueuses, accompagnée de contractions toniques : la crise se terminait par des pleurs. Ses deux enfants ont du reste des vers intestinaux.

La mère du malade présente une tare névropathique très nette : tempérament nerveux, elle est sujette à des accès d'emportements subits et des colères brusques, accompagnées de conceptions délirantes passagères.

Père mort de phtisie pulmonaire.

Rien à noter du côté des collatéraux au point de vue de l'hérédité.

Dans les antécédents personnels du malade, on ne trouve aucune manifestation névropathique. Il a eu dans l'enfance plusieurs affections de cet âge : rougeole, coqueluche. Mais on ne relève aucune autre maladie depuis l'enfance jusqu'à l'année dernière. Pas de syphilis, ni d'impaludisme. Pas d'alcoolisme.

En juillet 1887, le malade eut l'aventure suivante : sortant du théâtre, il se disposait à rentrer chez lui, à Saint-Just, lorsque arrivé au bas de l'escalier de Choulans, il aurait été assailli par des individus qui marchaient derrière lui. (L'agression n'est nullement prouvée. Le malade ne présentait à son entrée aucune trace de coup ou blessure quelconque. Il n'a pas retrouvé dans ses poches l'argent qu'il avait avant sa crise ; mais il a pu le perdre ou l'employer et ne pas s'en rappeler. Peut-être encore, considéré comme un ivrogne, alors qu'il était inconscient, a-t-il été dévalisé par quelque malfaiteur. Une enquête a été faite par la police et n'a pas abouti. Il a été absolument impossible de savoir ce qu'il était devenu pendant six jours). A partir de ce moment, sans qu'il ait vu l'agression dont il suppose avoir été victime, sans qu'il se soit senti défaillir, les événements lui échappent absolument. Les facultés intellectuelles ne lui sont revenues que huit jours après. On sait néanmoins qu'il fut trouvé six jours après l'accident sans connaissance, sous les voûtes de Perrache et de là rendu à son domicile.

Il entra dans le service le 8 juillet. Alors, la perte de connaissance existait encore. Le malade avait du délire, ce qui dura deux jours. A ce moment, le malade ne se souvenait de rien, si ce n'est qu'il aurait vu de près, pendant cette absence de six jours, des herbes brûlées, de l'eau.

Il ressentait alors une vive douleur à la nuque, douleur qui persiste encore aujourd'hui.

Du 8 juillet 1887 au 9 août 1887, durée de son séjour dans le service, il a présenté des accès convulsifs. Ils débutaient par un grand mal de tête, avec sensation de froid, suivie de tremblement localisé aux jambes et aux bras ; puis perte de connaissance et raideur tonique. La durée variait entre dix minutes et deux ou trois heures. Pas d'écume. Quelques cris pendant la crise. Yeux convulsés. Le malade ne se mordait pas la langue.

Ces crises survenaient en moyenne toutes les semaines ; parfois deux par jour, ou seulement une crise tous les deux ou trois jours. Pas d'émission d'urine, ni de matières fécales pendant les accès ou à la fin. Perte de mémoire absolue à chaque accès.

Après une période de trois semaines ou quinze jours, pendant laquelle le malade n'eut aucun accès, il quitta le service et reprit ses occupations. Sauf les douleurs à la tête et à la nuque, qui reparaissaient de temps en temps, il n'eut pas d'accès jusqu'au 18 décembre 1887. Ce jour-là, en traversant le pont, il eut un vertige avec perte de connaissance et chute. Relevé par les passants, il put rentrer chez lui. A minuit du même jour commence une nouvelle crise, qui dure trois heures. Au début de cet accès, vomissement alimentaire très abondant. La crise une fois terminée, le malade reste vingt-quatre heures dans l'état de mal ; il ne se souvient pas de ce qui s'est passé dans ce laps de temps après la crise ; cependant, il ne cesse pas d'être en relation avec l'entourage, répondant raisonnablement aux questions, mais plongé dans une sorte de somnolence.

21 décembre. — Insomnie habituelle. Selles normales et régulières. Polyurie : le malade urine près de 4 litres par jour. Soif intense. Appétit faible. Rien aux poumons. Rien au cœur.

Le malade, autrefois doué d'une mémoire au-dessus de la moyenne, constate qu'elle a considérablement baissé depuis le début de la maladie. De même, depuis ce moment, diminution considérable de l'appétit sexuel. Homme intelligent, répond bien, s'exprime assez correctement. Rien du côté de l'ouïe. Quelquefois brouillards devant les yeux, ou bien apparition de points ou de dessins scintillants dans le champ visuel. A l'examen ophthalmoscopique, on constate que les vaisseaux rétiniens sont très congestionnés ; les contours de la pupille sont mal dessinés ; elle paraît terne.

Indépendamment des crises, le malade présente de petits accès vertigineux sans perte de connaissance, caractérisés par une sensation de balancement, d'ondulation du corps, comme s'il se tenait sur un sol mouvant. En même temps, la tête est projetée en arrière, comme si un poids siégeant à la nuque le forçait de se tenir dans cette position.

2 janvier 1888. — Vers 4 heures du matin, nouvelle crise, dont il se souvient, grâce au frisson initial qui l'avertit ordinairement de l'imminence de l'accès; mais les détails de l'accident lui échappent, comme toujours. Elle aurait duré environ une demi-heure.

Plusieurs accès se sont montrés plus tard.

La douleur à la nuque cède à l'application d'une pastille de potasse.

Amélioration sensible les jours suivants. Pas d'accès convulsifs. Le malade quitte le service.

Dans ce cas, les accès convulsifs avec perte de connaissance mettent hors de doute l'épilepsie.

Le cas de M. Charcot présente plusieurs *anomalies*. L'absence de tares héréditaires dans la famille de ce malade se retrouve dans notre deuxième observation, si l'on ne regarde le caractère irritable de la mère de notre malade comme une tare héréditaire. Le début tardif de cette forme d'épilepsie chez M.... qui était âgé de 34 ans et demi lors de son accès, se retrouve dans notre observation III, puisque F. . avait 35 ans quand il eut sa première manifestation d'épilepsie sous forme d'automatisme ambulatoire.

Encore un cas presque identique avec ceux que nous venons de rapporter, est celui de M. Motet (1). Cette observation est intéressante par l'interprétation de son étiologie. Nous allons rapidement exposer les circonstances dans lesquelles cette observation fut publiée, pour montrer combien difficile est parfois à établir l'étiologie de l'automatisme, non seulement quand il s'agit de la question hystérie ou épilepsie;

(1) *Annales médico-psychol.*, 1886, sér. VII, t. III, p. 128.

la difficulté est encore plus grande, quand il s'agit d'établir si c'est l'automatisme traumatique ou comitial. Cette question se rattache directement à notre observation III, où le malade prétend avoir été victime d'une agression.

Dans la séance du 26 octobre 1885 de la Société médico-psychologique, M. Rouillard a fait une communication intitulée : « Observation d'amnésie traumatique avec automatisme de la mémoire » (1). Malgré l'intérêt que présente cette observation, nous ne pouvons la rapporter, de même que beaucoup d'autres intéressantes observations, pour ne pas augmenter le cadre de notre travail. Dans la discussion, M. Charpentier s'est exprimé dans les termes suivants : « Je ne suis pas d'accord avec M. Rouillard à propos de son diagnostic : amnésie traumatique. Je vois bien une femme en puissance de règles, une chute dans l'escalier à cette époque, des troubles bien exposés de la mémoire et de la conscience, puis une diminution notable de ces mêmes troubles, sous l'influence d'une hémorrhagie utérine, mais je ne vois pas là le traumatisme cérébral. Je crois qu'il faut plutôt voir dans cette observation un cas de troubles de nature épileptique ou congestive, surtout si l'on tient compte des antécédents congestifs notés par M. Rouillard dans la famille. »

M. Motet soutient l'opinion de M. Rouillard et cite à l'appui plusieurs faits, parmi lesquels l'observation qui suit : « Un jeune homme qui, après avoir fait son

(1) *Ibid.*, p. 39.

temps de service militaire dans les meilleures conditions physiques et morales, gagnait sa vie en servant les maçons, tomba un jour de la hauteur du deuxième étage d'une maison en construction, dans les circonstances que voici : il portait sur la tête une auge de plâtre et montait à l'échelle, lorsqu'un échelon se brise sous son pied ; il est précipité et tombe à travers l'ouverture béante de la cave. Il se fracture la jambe droite et la cuisse gauche. Il reste huit jours dans un état comateux, près d'un an paraplégique et enfin il se rétablit. Mais l'amnésie est restée complète pendant des mois. La réparation s'est faite progressivement et chose assez curieuse, la mémoire s'est rétablie jusqu'à la minute même de l'accident ; il se souvient maintenant du bruit que l'échelon a produit en se brisant. Mais cet homme, qui jusque-là n'avait jamais été un épileptique, est resté depuis sujet à de véritables accès de vagabondage : il part, marche devant lui, sans conscience de ses actes, automatiquement, et ne s'arrête au bout de quatre heures, dix heures et plus, qu'exténué de fatigue et mourant de faim. Il se demande alors où il est, ce qu'il est venu faire dans un endroit inconnu de lui. Il rentre chez sa mère sans pouvoir donner aucune explication de son absence.

« Il s'est marié, et depuis il a encore été sujet à des fugues du même genre. L'une d'elles entre autre a été remarquable à la fois par son intensité et par sa durée. Il avait obtenu une place de concierge qu'il cumulait avec la fonction de distributeur de prospectus. Il s'est toujours acquitté très honnêtement

de sa besogne. Un jour, il a dans sa poche l'argent d'un trimestre de loyer, il part en pantoufles, se rend à la gare de Lyon, prend un billet pour Marseille, de Marseille il se rend à Toulon, de Toulon à Nice, de Nice à Marseille, retourne de Marseille à Toulon, puis il revient à Paris, et *réveillé, c'est le mot propre, il apprend qu'il a disparu depuis huit jours,* qu'il a emporté environ 1,500 fr. appartenant à son propriétaire. Il se rend de lui-même chez le commissaire de police, qui le met en état d'arrestation. L'affaire vient en cour d'assise, et le président, sur la demande du défenseur, renvoie à une autre session et nous commet, dit M. Motet, pour examiner cet homme dont nous n'avons pas eu grand'peine à démontrer l'irresponsabilité ».

Or, M. Charcot voit dans cette histoire un cas *d'épilepsie tardive,* sous forme d'automatisme ambulatoire, développée à la suite d'une lésion traumatique. « Les amnésies traumatiques transitoires, dit M. Charcot (1), ne survivent pas longtemps au choc physique qui leur a donné naissance et surtout, ayant paru immédiatement après l'accident, elles ne se reproduisent pas par la suite, sous forme d'accès plus ou moins souvent répétés et séparés par des intervalles libres. D'un autre côté, il n'est point rare de voir un choc sur la tête, agissant à la manière d'une cause provocatrice et non pas créatrice, déterminer l'apparition d'attaques d'hystéro-épilepsie qui, jusque-là, n'avaient point paru et qui se perpétueront par la

(1) *Leçons du mardi* de 1888-1889, p. 322.

suite: on peut affirmer qu'il en est quelquefois de même de l'épilepsie considérée dans ses formes les plus variées, et telle est l'interprétation que nous croyons devoir donner du cas de M. Motet. »

Voici encore une observation qui ne peut guère se ranger que dans l'automatisme comitial. Elle se rapporte à un enfant très vraisemblablement épileptique. Dans ses courses durant plusieurs jours, il ne semble pas avoir conservé la moindre connaissance des actes accomplis, puisqu'on ne put tirer de lui le plus petit renseignement sur les lieux qu'il avait parcourus pendant ses fugues.

Observation IV.

(Clinique de M. Forel)

L... (Henri), né le 15 octobre 1872 à Kloten (Suisse). Entré le 9 octobre 1886, sorti le 12 février 1887, amélioré.

Une sœur de sa mère est restée aliénée pendant 6 mois, à la suite d'une frayeur occasionnée par un incendie. Une autre sœur de la mère du malade était d'une conduite légère. La mère est nerveuse et anémique. Dans sa jeunesse, elle était très faible et a fait plusieurs maladies graves (rougeole, diphtérie, pneumonie fibrineuse, fièvre typhoïde). Pendant sa grossesse, avant la naissance de notre malade, elle eut beaucoup de soucis. Une sœur du malade avait été hydrocéphale et présentait parfois des accès de manie furieuse.

Jusqu'à l'âge de 3 mois le malade était petit, maigre et chétif, et la mère craignait qu'il ne survécût pas longtemps. A cet âge il fut vacciné. Puis il se développa de l'hydrocéphalie, qui alla s'aggravant jusqu'à l'âge de 2 ans et resta stationnaire. L'enfant était toujours d'un caractère doux; il évitait la société de ses camarades, mais à l'école il était

assidu aux leçons et obtenait les meilleures notes. Il était doué, à ce que dit la mère, d'une bonne mémoire, et était intelligent. Il y a quatre ans, l'enfant commença à s'échapper de l'école pour quatre, huit, quatorze jours, pendant lesquels il ne reparaît ni chez lui, ni à l'école. Interrogé sur la cause de ces fuites, il répondait qu'il lui semble parfois avoir des fils de fer dans la tête et y sentir comme un roulement ; quand survient cette sensation, il est forcé de s'en aller et ne peut rester où il se trouve. On ne put jamais découvrir aucune autre cause. Ces fugues de l'école et de la maison de ses parents avaient lieu en moyenne quatre fois par an. A partir du mois d'avril courant, il s'enfuit presque tous les quatorze jours. Il restait d'ordinaire cinq jours hors de la maison.

Depuis le commencement de l'année 1886, le malade est très agité la nuit, a beaucoup de rêves, pendant lesquels il parle beaucoup et à haute voix. Il présente aussi depuis cette époque des hallucinations pendant la journée, voit des hommes, des trompettes, des moines qui font des grimaces, des anges qui l'approchent et qu'il entend converser entre eux et avec lui, il dit sentir quelquefois des odeurs désagréables. Lui qui n'était auparavant ni sensible, ni irritable, est sujet depuis le commencement de 1886 à des colères faciles qui ne durent pas longtemps. On n'a observé chez lui, dit sa mère, ni accès d'épilepsie, ni incontinence d'urine ; cependant durant les quatre dernières semaines, à deux reprises, il serait resté, à ce qu'il prétend lui-même, sans connaissance, chaque fois pendant à peu près un quart d'heure.

État actuel. — Le malade, anémique et de petite taille pour son âge, ne présente, sauf sa déformation crânienne, aucune anomalie de structure. Crâne à caractères hydrocéphaliques ; les fontanelles sont cependant soudées. Intelligence bonne, l'enfant répond bien et clairement aux questions qu'on lui pose. Il aime à aider les infirmiers dans leurs travaux, et ceux-ci le trouvent habile et docile. Il est parfaitement au courant de sa maladie et décrit bien les sensations qu'il éprouve au début de ses accès : il lui semble avoir des fils de fer dans la tête ; mais il sait bien, ajoute-t-il, qu'il n'en a pas réellement. Il dit qu'une force intérieure le pousse alors à quitter la maison et qu'une fois dehors, il est telle-

ment occupé par ses pensées, qu'il ne songe plus à rentrer chez lui. Cet état peut persister plusieurs jours. Il est très affirmatif sur ce point que c'est par impulsion qu'il quitte la maison. Il dit aussi voir, pendant la nuit, ou s'il regarde longtemps dans un coin obscur, des petits hommes, des anges et des têtes qui sautent en l'air. Il a aussi des rêves très animés.

Pendant la nuit du 15 septembre, il a été très agité, parlant à haute voix, ce dont il n'a pas grand souvenir. Il y a quelques jours, il éprouva pendant un quart d'heure, dans la région de l'occiput, une sensation de vertige, mais à un degré moins intense qu'auparavant.

Le 10 août, à 5 heures du soir, pendant un concert organisé pour les malades par le médecin en chef, ce garçon tomba tout à coup en pleurant sur une chaise. On le ramena chez lui ; il tenait la tête baissée, ses yeux étaient hagards, et il avait des hallucinations visuelles très animées, de la céphalée et une absence partielle de la connaissance ; les pupiles n'étaient pas dilatées et réagissaient bien à la lumière. Il n'y a pas d'anesthésie unilatérale, mais de l'hypalgésie et du vertige. Les réponses aux questions sont nulles ou très lentes ; d'ailleurs, il ne comprend que partiellement les questions qu'on lui adresse et ne montre la langue qu'après plusieurs interpellations. Jusqu'à 6 heures et demie il a encore de vives hallucinations, saisit avec les mains le dessous du matelas, remue les doigts, porte la main devant l'oreille comme pour mieux entendre, gesticule et a pendant tout ce temps la tête abaissée et l'œil hagard. Puis il redevient lucide et raconte avoir vu sous son matelas des lièvres qu'il a voulu saisir, et encore que ses sœurs sont venues lui dire de retourner à la maison.

12 février 1887. — Amélioré ; retourne dans sa famille.

Ce cas est d'ailleurs discutable ; aussi, ne voudrions-nous pas affirmer qu'il s'agit ici assurément de l'automatisme. Nous croyons cependant que cette hypothèse n'est pas invraisemblable.

Physiologie pathologique. — C'est un point des plus obscurs dans nos connaissances sur l'automatisme, que la physiologie pathologique de ce phénomène. Comme l'automatisme survient dans des conditions très différentes, la physiologie pathologique ne peut être unique dans tous les cas. Ainsi, l'automatisme comitial se différencie très nettement de l'automatisme hystérique au point de vue pathogénique. Nous savons, en effet, que l'amnésie des actions accomplies pendant l'accès d'automatisme comitial est complète et totale ; jamais, à aucune époque postérieure, le sujet ne recouvre le souvenir de ses actions automatiques ; c'est une amnésie absolue. Il est vrai qu'on connaît des cas où les épileptiques gardaient un souvenir des actes qu'ils avaient accomplis pendant un accès de manie épileptique ; mais alors il n'y avait pas d'automatisme comitial. L'amnésie chez les épileptiques, si elle existe, ne se dissipe jamais. Dans l'hystérie cette amnésie n'est que relative. Pendant un accès postérieur ou dans un état analogue, provoqué artificiellement (hypnose suggestive), un hystérique peut se rappeler tous les détails de ses actions, dont il n'avait eu aucun souvenir depuis l'accès jusqu'à ce moment. Ainsi donc, par ce seul fait, nous pouvons voir déjà que la physiologie pathologique de l'automatisme est variable suivant la nature de la névrose qui est à la base de ce symptôme.

De plus, M. Pierre Janet a démontré qu'il existe un lien étroit entre l'état sensitivo-sensoriel et les phénomènes de mouvement dans leur rapport

avec le souvenir chez les hystériques qu'il a observés (1).

Mais même dans une névrose donnée, par exemple dans l'épilepsie, la physiologie pathologique est probablement variable. Ainsi, pour l'épilepsie procursive, si toutefois on peut la ranger dans l'automatisme, nous sommes disposé à admettre une irritation des éléments nerveux du cerveau produite par le processus d'une inflammation chronique. En effet, M. A. Mairet a récemment démontré, dans son étude anatomo-pathologique sur l'épilepsie procursive, les faits suivants : 1° l'épilepsie procursive s'accompagne de lésions organiques de l'encéphale; 2° ces lésions sont des lésions scléreuses (hypertrophique ou atrophique); 3° elles peuvent siéger en différents points de l'encéphale, mais elles peuvent atteindre exclusivement le cervelet, et les observations publiées jusqu'ici semblent démontrer que l'atteinte de cet organe est constante (2). Cette irritation peut être, à juger d'après la variabilité du siège des lésions scléreuses, tantôt directe, tantôt indirecte. Une action indirecte, à distance, sur les centres corticaux des hémisphères par des lésions organiques, nous sommes autorisé à l'admettre par les faits d'observation dans lesquels des lésions limitées du lobe occipital ont déterminé des troubles convulsifs ou des parésies, voire même des troubles de la parole. M. Dénier (3),

(1) Pour la mémoire alternante en rapport avec la sensibilité, voir *Op. cit.*, p. 109.

(2) A. Mairet : *Revue de médec.*, 1889, p. 650.

(3) Joseph Dénier : *Contrib. à l'étude des réflexes cérébraux.* Thèes de Lyon, 1890.

en a réuni dix-huit dans sa thèse inaugurale, faite sous la direction de M. le professeur Pierret, dont deux appartiennent à nos maîtres, M. Haab (de Zurich), et M. Bouveret (de Lyon). De même, dans d'autres cas d'épilepsie symptomatique, l'explication des mouvements automatiques peut être cherchée dans une irritation, une excitation des centres moteurs par le processus pathologique ; ainsi, dans le cas de la petite malade, Marcelle X..., que nous avons observé dans le service de M. S. Perret, à la Charité de Lyon. La même explication peut être invoquée pour les mouvements automatiques si fréquents dans le cours de la méningite ; peut-être encore dans celui de la fièvre typhoïde.

Dans l'épilepsie génuine, nous ne trouvons point de faits qui puissent justifier telle ou telle hypothèse. Aussi les théories sont-elles fort différentes et, souvent diamétralement opposées. On peut les diviser en théories d'excitation et théories d'inhibition. Les dernières ont plus de partisans. La théorie la plus ancienne est celle de Laycock : l'automatisme est une action cérébrale réflexe. H. Jackson trouve que tous les cas « d'automatisme mental » qu'il a observés s'accordent avec cette théorie. Il croit que, dans ces cas, il se produit pendant le paroxysme une décharge nerveuse intérieure, trop légère pour déterminer des effets visibles extérieurement, mais cependant assez forte pour paralyser pendant un temps plus ou moins long l'action d'un ou de plusieurs des centres nerveux supérieurs. Selon lui, « l'automatisme mental » provient d'un excès d'action des centres nerveux inférieurs

qui se substituent aux centres supérieurs ou centres dirigeants (1). C'est une des théories d'inhibition. Cette théorie d'inhibition, elle est aussi adoptée par M. Despine pour le somnambulisme. Pour M. Despine, demander à la psychologie une explication du somnambulisme serait faire fausse route ; la physiologie peut seule donner cette explication. Il analyse les phénomènes présentés par les anesthésies, et en partant du principe que ces phénomènes sont dus à des paralysies nerveuses partielles (survenues après un court état d'excitation), soit du cerveau, soit des autres centres nerveux, il cherche à donner une explication physiologique du somnambulisme et des phénomènes si variés et bizarres qui en dépandent, c'est-à-dire des actes automatiques. M. Despine trouve que l'état organique qui produit le somnambulisme consiste dans une paralysie momentanée de l'activité consciente du cerveau, avec persistance de son activité automatique (2). Il ne faut pas être fort en psychologie pour comprendre premièrement que cette explication n'est pas une explication physiologique, mais une formule psychologique, si redoutée par M. Despine; deuxièmement, que cette formule n'est pas une explication, mais une constatation de faits. Au surplus, cette constatation est énergiquement combattue par les psychologues. En effet, est-ce vraiment possible de dire où commence la conscience, où elle finit? M. Pierre Janet se base aussi sur les

(1) *Loc. cit.*, p. 171.
(2) Despine : *Loc. cit.*, p. 80 sqq.

mêmes méthodes d'investigation, a aussi étudié les états produits par les agents toxiques, le chloroforme, l'éther, l'opium et l'alcool, et arrive aux conclusions très différentes de celles de M. Despine. Il ne croit pas que ce soit faire fausse route que de chercher une explication psychologique. Nous avons déjà mentionné sa théorie de désagrégation psychologique et regrettons vivement de ne pouvoir ici insister davantage.

Ce serait faire acte d'injustice, si nous ne nous empressions d'ajouter que M. Despine a cherché à résoudre encore deux questions qui se rattachent à sa doctrine, qu'il appelle « donnée de physiologie pathologique » (p. 86). Adoptant l'hypothèse de M. Luys, que la partie excentrique de la couche corticale des hémisphères présiderait au *sensorium*, la partie moyenne aux facultés intellectuelles, et la partie inférieure à la transmission de la volonté par l'action, M. Despine croit, avec M. Luys, que le somnambulisme actif serait physiologiquement déterminé par la paralysie nerveuse de la couche la plus superficielle de la substance grise des circonvolutions, avec persistance de l'activité de la couche moyenne et de la couche profonde. Si la couche moyenne se trouve inactive aussi, nous avons le somnambulisme inactif, qui ne manifeste aucune faculté psychique. M. Despine traduit le mot *sensorium* par *le moi*, la personnalité consciente, et croit que la partie moyenne serait affectée non seulement aux facultés intellectuelles, mais encore aux facultés instinctives, c'est-à-dire qu'elle serait affectée à la manifestation de toutes les facultés psychiques.

La deuxième question étudiée par M. Despine mérite plus particulièrement notre attention. Nous citons tout le passage textuellement : « Si le somnambulisme est réellement dû à la paralysie de la partie cérébrale, quelle qu'elle soit, qui manifeste le moi ; si cette paralysie peut s'expliquer par une suspension de fonction provenant d'une anémie, lorsque certaines causes, telles que les agents anesthésiques, la souffrance de quelques nerfs, etc., peuvent la produire par les procédés physiologiques, cependant, nous pensons que dans le somnambulisme, qui est déterminé par certaines névroses, telles que l'épilepsie, l'hystérie, somnambulisme, qui est souvent violent, qui est accompagné de phénomènes congestifs, de la rougeur du visage et des yeux, la cause physiologique qui produit le somnambulisme réside dans la congestion de la substance cérébrale. Telle est l'opinion de M. Bouchut. Au moyen de l'ophthalmoscope, il a examiné le fond de l'œil d'une jeune fille qui tombait en somnambulisme toutes les fois qu'elle fixait un objet quelconque, et principalement lorsqu'elle faisait des boutonnières. Dans les examens ophthalmoscopiques de cette personne, M. Bouchut a constamment vu le fond de l'œil fortement coloré, les veines de la rétine très dilatées, d'où l'on peut conclure, à cause du rapport étroit qui existe entre la circulation du cerveau et celle de l'œil, que le cerveau aussi était congestionné. De l'opposition de ces deux états, auxquels on peut attribuer la paralysie cérébrale qui produit le somnambulisme, s'ensuit-il qu'il y a nécessairement un des deux qui n'existe pas? Nullement.

Ne sait-on pas que les causes les plus opposées produisent des résultats semblables dans le système nerveux; que, par exemple, soit l'anémie, soit la congestion, peuvent produire le délire, les spasmes, la paralysie ? Une série d'études avec l'ophthalmoscope sur les somnambules qui ont les yeux ouverts, pourraient fixer la science sur ce point. Par ce phénomène si curieux du transfert de paralysies sensorielles constatées par M. Charcot, on est également autorisé à admettre les paralysies nerveuses sans congestion, ni anémie. Peut-être celle qui produit le somnambulisme est-elle de ce nombre, et la congestion ou l'anémie que l'on observe alors ne sont-elles que des phénomènes accompagnateurs et non la cause. La science est donc encore à faire sur ce point, comme sur tant d'autres en matière de somnambulisme » (1).

(1) *Somnambulisme*, 1880, pp. 89-90.

Chapitre II

Automatisme dans l'hystérie.

Sans pouvoir entrer dans le détail, nous voudrions au moins montrer combien ces cas sont fréquents. En 1860, M. Mesnet a publié une observation sur une somnambule, qui avait accompli plusieurs tentatives de suicide, qui eussent certainement réussi, si l'on n'était intervenu (1). Depuis, les observations sont devenues très nombreuses. M. Chambard en a réuni huit en 1881 (2). Dans la même année, M. Gauché a publié une observation d'hystérie avec somnambulisme (3). Dans les *Annales médico-psychologiques*, on trouvera relatés un certain nombre de cas. En 1871 on y relate un traitement par le fil de cuivre, entouré autour des jambes, qui fut essayé par M. Pollisari chez dix-huit somnambules et aurait donné de bons résultats (4). Il s'agit, évidemment, des hystériques chez lesquelles la métallothérapie a quelques chances de réussite au même titre que la suggestion

(1) *Archiv. génér. de médecine,* 1860, février.
(2) *Du somnambulisme en général.* Thèse de Paris, 1881.
(3) *Encéphale,* 1881, n° 1.
(4) Voir : *Gazeta medica veneta,* 1870, mars.

en général. Dans la même année, on rapporte les succès du traitement de M. Lévi avec le bromure de potassium (1). En 1871, M. Giné a publié un cas d'extase érotique avec phénomènes de somnambulisme (2). En 1874, M. Liégey a publié un cas d'hystérie à forme somnambulisme (3). En 1881, MM. Motet et Lolliot ont publié leurs cas (4). M. Taquet en a publié un dans la *Gazette hebdomadaire* de Bordeaux (5). En 1887, MM. Mesnet et Garnier ont fait connaître les détails du vol commis en somnambulisme hystérique (6). En 1888, MM. Ladame (7) et Cullière (8) ajoutèrent à ce nombre chacun une observation très détaillée. Un cas d'hystérie avec automatisme ambulatoire et tremblement a encore été publié par MM. Alcindor et Maurat l'année dernière (9). M. J. Voisin a ajouté encore cinq cas dont il a entretenu le Congrès international de médecine mentale, tenu à Paris du 5 au 10 août 1889. Voici une courte analyse du mémoire de M. Voisin. Il s'agit des fugues inconscientes chez des hystériques qui se sont présentés à la consultation de la Salpêtrière. Tous ces malades sont porteurs de stigmates très accusés. Les caractères généraux de ces fugues sont

(1) *Gaz. med. italienne,* 1870, n° 28.
(2) *El siglo medico,* 1871, janv.
(3) *Gazette des hôpitaux,* Paris, 1889, p. 253.
(4) *Journ. de méd. etc. de la Société royale de Bruxelles,* 1879, mars.
(5) *Annal. méd.-psychol.*, sér. VI, t. V, p. 468 et 472.
(6) *Gaz. hebdom. de Bordeaux,* 1883, nos 25 et 39.
(7) *Annal. méd.-psychol.*, sér. VII, t. V, 1887, p. 481 et t. VI, 1887, p. 81.
(8) *Ibid.*, t. VII, p. 313.
(9) *Ibid.*, t. VIII, p. 354.

toujours les mêmes. Elles se produisent dans une sorte *d'état second*, les malades ayant un véritable dédoublement de la personnalité. Après la fugue, ils ne se souviennent en aucune façon de ce qui s'est passé, mais si on les endort, on leur rend le souvenir de ce qu'ils ont fait pendant la fugue. Ces crises ambulatoires débutent en général par un vertige et une inspiration bruyante quelquefois par des sensations de strangulation et quelques contorsions. La fin en est marquée par d'autres phénomènes hystériques et souvent par une période de sommeil.

Ce fait de pouvoir hypnotiser les malades et de leur faire revivre la page oubliée de leur existence suffit à distinguer ces crises ambulatoires des fugues épileptiques. On sait, en effet, que les épileptiques sont très difficiles à hypnotiser. La pâleur, l'hébétement au début de la fugue épileptique, leur terminaison par stertor, la morsure de la langue, l'incontinence de l'urine et des matières fécales, voilà encore de bons signes de la fugue épileptique. Si la fugue a été de longue durée, il est nécessaire d'avoir recours à d'autres caractères distinctifs. Chez les hystériques, pendant la fugue, les actes sont coordinés, méthodiques. Ils ont l'apparence extérieure de personnes normales. Au contraire, chez les épileptiques, les actes sont incoordinés. Les malades errent sans but, souvent ils délirent ou sont en proie à la fureur. Enfin, après la cessation de la fugue, les hystériques se retrouvent en parfaite santé. Les épileptiques, au contraire, sont moulus, brisés, et la répétition des accidents détermine chez eux la déchéance intellectuelle.

On a beaucoup parlé ces derniers temps d'une observation d'automatisme ambulatoire chez un hystérique, rapportée par M. le professeur Proust, à l'Académie des sciences morales, dont on trouvera un résumé dans le *Bulletin médical* du 2 février 1890, n° 10. Aussi, pouvons nous nous dispenser d'une analyse plus détaillée. Quant aux faits du dédoublement de la personnalité, mentionnés déjà dans notre exposé psychologique, nous renvoyons les lecteurs aux ouvrages de MM. Azam, Bouru et Burot, Pierre Janet et d'autres.

Les actes accomplis par les hystériques pendant un accès peuvent avoir pour but la satisfaction de désirs longtemps nourris. M. Carrier a bien voulu nous communiquer une observation très instructive à ce point de vue. Ce cas a été le sujet d'un rapport médico-légal.

Observation V.

Une dame de 30 ans est sujette depuis l'âge de 18 ans à des manifestations hystériques variées. Bientôt, sous l'influence de chagrins domestiques et autres causes déprimantes, ces symptômes d'hystérie revêtent une forme plus grave en se traduisant non seulement par des crises convulsives, mais encore par des troubles de la motilité et de la sensibilité affectant une stabilité plus grande, et notamment par des accès d'automatisme ambulatoire, pendant lesquels elle obéit comme instinctivement à des désirs qu'elle avait à l'état normal. Ainsi, dans un de ses accès, elle cherche à enlever un enfant sur une place publique : elle n'a jamais eu d'enfants, et avait toujours désiré en avoir. Une autre fois, elle dérobe dans un magasin des objets dont elle avait

besoin, elle est arrêtée pour ce fait. Il est à remarquer que souvent elle tombe dans une sorte d'état d'obnubilation relative, pendant lequel seulement elle se rappelle mieux les faits qui lui sont reprochés. Revenant à son état normal, elle ne s'en souvient plus et ne se rend pas compte de ce qui s'est passé.

Le diagnostic différentiel de l'automatisme comitial avec l'automatisme hystérique présente parfois de grandes difficultés, surtout alors quand il y a des convulsions. L'observation suivante en donne un exemple. Dans ce cas, cependant, le diagnostic fut fait par M. Forel, déjà au commencement de 1882, et une observation de la malade longtemps continuée l'a confirmé.

Observation VI.

(Clinique de M. Forel, Zurich.)

R.. (Caroline), née le 13 septembre 1861, célibataire. Gardienne de service de Bourghœlzli.

Entrée comme malade en janvier 1882.

Sa grand'mère était aliénée. Les parents sont vivants et en bonne santé. Une sœur cadette bien portante a été aussi gardienne des malades à Bourghœlzli. Un de ses frères paresseux et dissipé, a mis la famille dans la misère. Dans son enfance, la malade, une fois qu'elle était à l'école, tomba inanimée, mais elle revint à elle lorsqu'on voulut la porter chez elle.

Depuis le 13 septembre 1880 elle est gardienne dans le service ; elle est très consciencieuse et travailleuse. Après son entrée, elle avait souvent des céphalées accompagnées de vertiges.

Les 19 et 20 décembre 1881, elle accompagnait une malade aliénée qui s'en allait dans le Württemberg ; c'était immé-

diatement après ses règles. *Le 20 le matin, en allant à la gare, elle perdit connaissance et ne se réveilla que dans le train, en pleine route, assise sur la banquette d'un wagon.*

Le 16 janvier 1882, à 7 heures du soir, accès épileptoïde. Pendant qu'elle allait chercher du pain, la malade tomba sur un banc et perdit la connaissance, serrant les dents et frissonnant; pas de convulsions, pas d'écume. Les membres sont inertes et insensibles ; la tête est tournée du côté gauche, les yeux déviés en bas. Les pupilles sont dilatées. Le pouls est accéléré et mou. Palpitations de cœur.

Nous avons dit que les règles avaient fini quelques jours auparavant. Les deux dernières nuits, troubles de sommeil à cause de bruit; surmenage par le blanchissage. Vers 8 heures la malade devient furieuse : elle déchire ses vêtements, rit, chante, se moque de ceux qui l'entourent et les injurie. Chloral, 2 grammes. L'agitation persiste jusqu'à 11 heures, puis le calme s'établit.

17 janvier. — La malade, hors d'elle même, chante, défait son lit et s'arrache les cheveux. Elle ne reconnaît personne et rit d'un air rêveur, mais plus calme qu'hier. Elle refuse de manger.

18 janvier. — Toute la nuit elle a fait du bruit et a chanté. Elle a l'air égaré et stupide et ne répond aux questions que très lentement.

19 janvier. — Cette nuit et ce matin, comme hier ; pourtant moins d'agitation. A 11 heures du matin la malade se réveille tout d'un coup. Elle est gaie et lucide, mais ne sait rien de ce qu'elle a fait depuis qu'elle est allée chercher du pain et n'est pas fixée sur le temps qui s'est écoulé depuis. Le soir, soif, vertiges et prostration.

20 janvier.— Insomnies, vertiges. Bromure de potassium, 2 grammes.

21 janvier. — Nuit bonne.

26 janvier. — La malade va bien et ne s'attriste pas de son état; elle demande beaucoup de travail. Ce matin, elle est témoin d'un accès hystérique chez une autre malade; au dîner, une frayeur. A partir de ce moment elle prend des vertiges et un peu après 6 heures du soir, elle tombe sans connaissance. A 7 heures, elle se réveille l'air égaré. Encore

somnolente, elle cherche à saisir la lampe, rit au lieu de répondre aux questions et s'arrache les cheveux.

27 janvier. — Nuit tranquille. Aujourd'hui d'abord calme, puis furieuse, agitée.

28 janvier. — Nuit assez tranquille. La malade est de nouveau silencieuse et absorbée. Ce matin, comme l'autre jour, réveil soudain ; elle ne se rappelle que de la frayeur dont nous avons parlé plus haut. Bromure de potassium 6 grammes.

29 janvier. — Insomnies, rêves, vertiges.

30 janvier. — Insomnies.

31 janvier. — Pendant une sortie en ville, un accès de vertige, court, mais violent.

1er février. — Le soir accès de vertige, avec maux de tête.

2 février. — La nuit, nouvel accès de vertige attribuable à une querelle avec une autre malade au moment où elle se déshabillait. Bromure de potassium 8 grammes.

8 février. — Jusqu'à présent, tous les jours, vers la même heure, à peu près à 7 heures, un accès. Les accès n'ont pas toujours de cause déterminée. Tous se ressemblent et présentent deux phases. La malade a d'abord un peu de céphalée, mais est parfaitement lucide. Tout à coup elle tombe, sans cri, et commence à se rouler et à s'agiter; elle se passe la main dans les cheveux, se plaint d'avoir mal à la tête, mais ne répond pas aux questions. Puis elle se calme, répond difficilement, enfin facilement. La céphalée cesse et la malade semble plus lucide. Cependant elle recommence bientôt à se rouler et finit par s'endormir. Le sommeil est peu agité, généralement long et profond. Le matin, elle n'a aucune connaissance de ce qui s'est passé depuis qu'elle est tombée. On fait coucher la malade avant l'accès.

9 février. — Cette précaution ne l'a pas empêchée de prendre hier soir un accès.

10 février. — Hier, nouvelle crise dans le lit. Pendant l'intervalle entre les deux phases de l'accès, elle raconta qu'autrefois, dans son enfance, vers 6 ou 7 ans, il lui était arrivé, à la suite d'un incendie, de marcher à plusieurs reprises automatiquement. Aujourd'hui elle n'a aucune connaissance de ce récit. L'examen ophtgalmoscopique révèle une pupille

normale à contours bien distincts, des artères brillantes, des veines légèrements pulsatiles.

14 février. — Les accès reviennent régulièrement. Une fois la malade est tombée de son lit. Le caractère de ces crises n'est pas franchement épileptique, mais hystéro-épileptique. Elle se tourne, réagit aux excitations, tressaille, si on l'asperge d'eau froide. Bromure de potassium, tout à fait inefficace. Hier soir, courte séance d'hypnotisme avec un objet de cristal, interrompue après 8 minutes, des vertiges étant survenus. Les piqûres d'une épingle n'étaient d'abord aperçues dans aucun point des téguments, puis elle les sentit à droite ; à gauche, elle ne les sentit qu'après 4 minutes d'anesthésie. L'accès ne tarda pas à venir. La région de l'hypochondre et de l'ovaire était douloureuse à la pression ; la malade, à son dire, aurait eu des douleurs du côté de l'ovaire gauche pendant ses premiers accès. Lavements froids le soir.

15 février. — Hier, pas d'accès avant l'heure habituelle ; elle fut facilement hypnotisée et tomba dans un sommeil profond. Elle était de nouveau anesthésiée du côté gauche. Ce soir, elle a eu un accès à 5 heures. Après avoir présenté de la céphalée et de la pâleur, elle sortit et tomba. Elle se roulait par terre sans convulsions. Pression sur l'ovaire gauche très douloureuse. Elle se plaint, fait des mouvements de défense avec la main, se tourne et enfin se calme aussitôt, si l'on cesse la pression sur l'ovaire gauche. Cette compression ne paraît pas abréger l'accès. Ovaire droit normal.

4 mars.— Présentée à la clinique et hypnotisée ; après quo elle a pris un grand accès. Elle fut hypnotisée au moyen d'un bouton de verre et par pression sur les yeux pendant la flexion forcée de la tête en arrière, d'après les règles recommandées par M. Ladame. Elle se laissa aller sur le dos de la chaise, les membres en résolution, les yeux fermés ; un moment avant, les pupilles étaient dilatées. Quelques instants plus tard, elle se réveille, se dit fatiguée et se plaint de vertiges. On l'amène dans une autre chambre, où les vertiges continuent, elle prétend ne pas reconnaître les objets qu'on lui présente, à cause d'un brouillard qu'elle a devant les yeux, tombe ensuite dans un profond sommeil

(spontané), dont on la réveille après quelques minutes, en lui soufflant sur le visage. Aussitôt qu'elle ouvre les yeux, on reconnaît par son expression souriante et égarée qu'elle va prendre un accès, qui ne tarde pas d'ailleurs à apparaître. Elle a l'air tout à fait égaré, sourit avec une expression érotique, arrache son chignon, le jette dans la rue par la fenêtre et déchire ses vêtements; elle reste cependant debout et n'a pas de convulsions. Anesthésie, sauf dans la région ovarique gauche, qui est douloureuse. On applique de forts courants induits sous les commissures des lèvres et sur les régions temporales, pour réveiller la malade de ce sommeil qui ressemble beaucoup à l'hypnose. Elle reprend connaissance et paraît très confuse.

16 mars. — Les premières règles depuis le dernier accès sont survenues avant-hier. Ce matin, un accès causé par frayeur ; on la réveille par la faradisation.

9 mai. — Encore au moins trois ou quatre accès. La cause est ordinairement une frayeur, mais elle est parfois inconnue. La faradisation jugule toujours l'accès; une fois, il est vrai, ce moyen même reste presque sans effet. L'eau froide n'agissait pas non plus et l'accès durait déjà depuis des heures.

15 juillet. — Dans ces derniers temps, encore deux accès, après six semaines de tranquillité. Depuis, un autre dans la rue. Elle présente un singulier caractère; parfois elle ne sait pas si elle veut rire ou pleurer. Nouveaux ennuis de famille.

24 octobre. — Il y a dix jours, un accès immédiat après qu'elle avait cassé une assiette. Cette cause revient déjà pour la deuxième fois. Le courant induit a eu cette fois une action rapide et complète.

10 août 1883. — Nouveaux accès causés par une émotion et jugulés par le courant induit. Anesthésie pendant l'accès. La malade est très intimidée après l'accès.

Chapitre III

Somnambulisme naturel.

Si l'accès d'automatisme ambulatoire a lieu pendant le sommeil, c'est alors le cas de somnambulisme. De même que l'automatisme en général, le somnambulisme peut être de nature comitiale, hystérique, traumatique, d'après quelques auteurs, toxique et alors d'ordinaire alcoolique. Sur le rapport de l'épilepsie nocturne avec le somnambulisme, Echeverria a fait une étude spéciale (1). On sait que les éléments principaux de l'épilepsie sont la perte de la conscience, les convulsions et les troubles psychiques. Tandis que la première est constante (avec de très rares exceptions), les deux dernières se trouvent dans une sorte d'antagonisme : les attaques des convulsions les plus violentes sont rarement accompagnées de la vésanie et les actes les plus violents ne se trouvent en aucun rapport avec l'intensité des troubles psychiques. On conçoit qu'un certain nombre de cas d'épilepsie nocturne, où il n'y a pas de convulsions, où il y a seulement perte de connais-

(1) *Journ. of ment. sciences*, janv. 1879.

sance et actes coordonnés, violents ou non, revêtent la forme du somnambulisme naturel. On est même allé jusqu'à affirmer que tous les cas de somnambulisme naturel sont des accès d'épilepsie. Mais les observations de somnambulisme hystérique sont nombreuses ; celles de somnambulisme traumatique ne sont pas non plus rares. Quant à la question de savoir s'il existe une forme spéciale de somnambulisme naturel sans qu'il y ait aucune tare épileptique, hystérique, aucune étiologie traumatique, toxique, etc., on est aujourd'hui disposé à admettre qu'un examen attentif révèlera toujours des signes d'une des névroses connues et qu'il n'existe pas une névrose particulière, qu'on pourrait nommer somnambulisme naturel. Du reste, tous les observateurs sont d'accord que le somnambulisme naturel est un phénomène pathologique, une des manifestations de l'organisation névropathique. Nous nous empressons cependant d'ajouter que la facilité avec laquelle il réussit parfois à mettre quelques individus dans l'état de somnambulisme provoqué n'a point la même signification que les accès de somnambulisme naturel. En effet, d'un côté il faut tenir compte du fait de la suggestibilité, qui n'est pas nécessairement pathologique ; d'autre côté, les épileptiques sont très difficilement hypnotisables. Il n'en reste pas moins vrai que les hystériques présentent le meilleur champ pour l'expérimentation hypnotique.

Les conclusions auxquelles arrive Echeverria nous permettent, dans un certain nombre de cas, d'interpréter la nature d'un accès donné de somnambulisme. Il est vrai que, dans d'autres cas, ces connaissances ne

sont pas suffisantes. Ces conclusions, nous allons les passer en revue :

Les accès nocturnes d'épilepsie sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Ils sont presque toujours réunis au vertige pendant la journée, aux attaques de petit mal ou de haut mal, sinon avec la vésanie épileptique. L'étiologie de l'épilepsie nocturne est essentiellement encéphalique et elle peut être attribuée à une prédisposition héréditaire, aux plaies de la tête, à l'alcoolisme, à la syphilis et aux fortes secousses morales.

L'incontinence nocturne d'urine, la morsure de la langue et l'exanthème pétéchiale de la figure et du cou ne sont pas des signes constants; mais s'ils existent, ils possèdent une valeur pathognomonique.

L'apparition brusque de certains troubles psychiques pendant le sommeil, ou de la vésanie au réveil le matin est une preuve de l'épilepsie nocturne. Si l'on constate encore une incontinence nocturne d'urine, une prédisposition héréditaire accompagnée d'un caractère bizarre, irritable et violent, on n'est plus autorisé à mettre en doute la nature épileptique des accidents.

La plupart des noctambules et somnambules sont des personnes d'un tempérament nerveux et présentant les symptômes évidents d'une névrose quelconque. Ils finissent par devenir franchement épileptiques ou vésaniques.

Les accès du somnambulisme sont rarement d'une durée aussi courte que les accès d'épilepsie nocturne; au surplus, ils ne se montrent pas à la fin des attaques

de violence, pendant lesquelles le malade marche et parle et qui sont caractéristiques pour l'épilepsie nocturne. De même, l'uniformité et la répétition des détails dans cette dernière fait défaut dans le somnambulisme.

Les hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe déterminent et accompagnent d'ordinaire l'état d'irritation de l'épilepsie nocturne.

Les épileptiques nocturnes montrent en général une amnésie complète des actes accomplis par eux pendant l'accès; mais il garde un souvenir plus ou moins vif des conceptions délirantes.

L'épilepsie nocturne qui agit, ainsi que le somnambulisme, sans conscience, comme un automate, ne saurait être déclaré responsable pour un crime commis pendant l'accès. Cependant, il doit être regardé dans ce cas comme un vésanique dangereux. Les accès nocturnes accompagnés d'une paralysie ne sont pas accompagnés de vésanie.

Enfin, il faut se rappeler la maxime de Trousseau : Chaque accès nocturne fait conclure à l'épilepsie.

Ce fait particulier, que dans le somnambulisme les accès surviennent à l'époque de la pleine lune et au moment où la clarté de la lune tombe sur la tête du sujet dormant, est la raison pour laquelle on appelle les somnambules encore lunatiques. M. Fronmüller, qui a publié deux observations de ce genre (1) explique par cette action de la lumière de la lune le fait que les somnambules se sauvent souvent par la

(1) *Memorabilien*, 1880. Heft 2. — Lunatisch ?

fenêtre. En suivant la lumière, ils cherchent toujours à gagner les lieux élevés. Un lunatique, qu'on avait empêché de sortir par la fenêtre, monta sur un meuble élevé : c'était probablement là où se trouvait à ce moment-là la clarté de la lune.

Résumons, d'après M. Charcot, les faits qui sont le mieux établis, quant au somnambulisme naturel, pour montrer la différence avec la variété de l'automatisme, qui est l'automatisme ambulatoire proprement dit. Le somnanbulisme naturel s'observe beaucoup plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, beaucoup plus rarement chez l'adulte que chez les enfants et les adolescents; le somnambule marche presque toujours les yeux grands ouverts avec un regard d'amaurotique se dirigeant de propos délibéré ou, plus exactement, avec les apparences d'une volonté ferme, vers les lieux, où semblent l'entraîner les circonstances d'un rêve qu'il met en action; suivant sans hésiter, pour parvenir à son but, des sentiers périlleux; sautant, comme on l'a vu, dans le cas de la Salpêtriére, par dessus le mur avec une dextérité et une souplesse qu'on ne lui connaît pas à l'état de veille, évitant dans la poursuite de l'accomplissement de ce que l'on pourrait appeler son programme, les personnes qui se placent devant lui pour lui faire obstacle. Il les tâte quelquefois pour chercher à les reconnaître et passe à côté d'elles pour continuer son chemin sans en tenir autrement compte.

M. Prosper Despine trouve les caractères spéciaux du somnambulisme naturel au nombre de quatre (1).

(1) *Du somnambulisme*, p. 92.

Ce sont : 1° les actes accomplis ; 2° l'ignorance par l'individu, à son réveil, de tout ce qui s'est passé et de ce qu'il a fait pendant son accès ; 3° l'anesthésie ; 4° la nature du regard. Les trois premiers peuvent se retrouver dans l'automatisme ambulatoire diurne, soit épileptique, soit hystérique, le quatrième est plus particulier aux cas d'automatisme nocturne dit somnambulisme ; nous ne voudrions cependant pas affirmer qu'un épileptique qui fait une déambulation pendant un accès diurne ne puisse présenter un regard fixe.

Voici, à titre d'exemple, une observation du somnambulisme naturel que nous croyons pouvoir qualifier encore d'automatisme hystérique.

Observation VII.

(Clinique de M. Forel.)

W... (Elise), de Bærensweil, née le 18 janvier 1870, domestique, célibataire. Entrée le 21 janvier 1888.

Pas de consanguinité entre les parents. Pas de tares héréditaires. Le père, qui se conduisait mal, quitta sa femme avant la naissance de sa fille et n'est jamais revenu. La malade est bien développée sous le rapport intellectuel comme au physique. A l'âge de 4 ans, elle tomba d'une hauteur peu considérable sur un escalier de pierre qui lui contusionna la région pariétale. Elle resta un instant sans connaissance, mais ne présenta ni convulsions, ni paralysie. Plus tard, elle a toujours été d'une bonne santé et d'un caractère enjoué. Les règles, venues à 15 ans, sont restées normales jusqu'à il y a quelques mois : elles sont alors devenues irrégulières. Pendant l'été de l'année 1887, la mère remarqua de l'irritabilité dans le caractère de sa fille, qui ne supportait

aucune contradiction. En octobre 1887, cette jeune fille commença à présenter pendant son sommeil certains phénomènes anormaux : elle était agitée, parlait, se soulevait de son lit et se dirigeait vers la fenêtre. Elle répondait bien aux questions qu'on lui posait alors. Chaque fois elle se dirigeait vers la fenêtre, pour l'ouvrir et sortir ; mais toujours on l'en empêchait. Parfois elle devenait furieuse contre ceux qui la retenaient, leur mordait les mains et les frappait. Le matin, elle ne savait rien de ce qui s'était passé pendant la nuit ; elle était seulement un peu fatiguée. Pendant la journée, elle travaillait et ne présentait pas d'accès. Les gens, chez lesquels elle était en service l'envoyèrent à l'hôpital de Schaffhouse. Là les accès nocturnes devinrent plus fréquents, et la malade dut entrer à Bourghœlzli.

État actuel. — 23 janvier 1888. — Cette jeune fille est bien constituée et d'une bonne santé générale. Rien de particulier dans l'expression du visage ; pas d'anomalie extérieure.

Pendant la journée, la malade est tranquille ; ses paroles sont bien coordinées ; elle travaille assidûment et se montre de bonne humeur. La première nuit, elle fut tranquille jusqu'à 11 heures ; puis elle voulut se lever et s'en aller ; elle demandait quelle heure il était et si la nuit n'allait pas bientôt finir. Elle demeura en cet état jusqu'à 1 heure du matin, puis s'endormit pour le reste de la nuit. Le lendemain, elle n'avait aucun souvenir de son agitation de la nuit ; elle était parfaitement tranquille. Ce jour-là elle fut hypnotisée. La nuit d'après, pas d'accès, et ainsi les nuits suivantes.

Notes sur les hypnoses provoquées chez notre malade. — Dès le début, la malade peut être hypnotisée ; au réveil, elle ne se souvient de rien.

24 janvier. — Elle dort très bien et peut compter pendant son sommeil provoqué. Une suggestion à échéance, qu'on avait essayée la veille paraissait devoir rester sans résultat ; cependant elle se réalisa, sinon aussitôt après le réveil, du moins trente heures plus tard. La suggestion consistait en ce qu'elle devait, en se regardant dans un miroir, voir une tache noire sur sa joue. Elle se porte très bien ; le sommeil, l'appétit sont excellents. Tandis qu'auparavant elle avait

beaucoup de rêves et la sensation d'un sommeil agité, elle dort maintenant plus tranquillement et sans rêves.

29 janvier. — Le 27, on lui avait commandé par suggestion à échéance de quitter aujourd'hui, à 5 heures un quart, pendant la leçon de M. Forel sur l'hypnotisme, sa place dans la salle de cours, pour aller chercher et apporter le chapeau de M. Forel. Elle ne l'exécuta pas. Interrogée à la fin de la leçon sur ce à quoi elle avait pensé pendant la leçon, elle se précipita, comme mue par un ressort, vers l'endroit où était déposé le chapeau et l'apporta à M. Forel. Et comme on lui demandait pourquoi elle agissait ainsi, elle dit qu'elle était obligée de le faire, qu'elle y était poussée. Cette idée impulsive lui était venue vers la fin de la leçon (pendant laquelle elle restait dans la salle de cours), mais elle était gênée et n'osait pas y obéir ; cependant, quand M. le professeur lui demanda à quoi elle pensait, elle ne put y résister. Hier et avant-hier cette pensée ne lui venait guère, elle ne s'en doutait pas qu'elle partira avec M. le professeur à la Faculté. Elle se porte toujours bien, elle dort tranquillement toute la nuit.

14 février. — Elle va toujours bien. Pas de somnambulisme ; elle veille souvent pendant la nuit (elle est attachée au service de l'hôpital).

A la fin du mois de mars, extraction de deux dents molaires pendant le sommeil hypnotique, sans aucune douleur. Le 17 avril, pendant l'hypnose, extraction d'une molaire et des racines de trois autres molaires, sans aucune sensation douloureuse.

Pendant qu'elle est attachée au service, on remarque qu'elle se plaît dans la compagnie des malades hystériques, avec lesquelles elle plaisante et rit beaucoup.

Le 24 avril, à 4 heures du soir, elle alla dans la cuisine, où elle se plaignait de crampes dans le ventre, elle avait alors ses règles, puis elle retourna dans la salle, où elle était de service. Bientôt après on entendit un cri, et lorsqu'on arriva, on trouva la malade étendue par terre, s'agitant, les yeux fermés. Interpellée à haute voix, elle répondit. Elle fut hypnotisée et l'accès se termina. Avant le souper, nouvel accès : la malade, sur une couchette, se tourne et s'agite, mais ne

tombe pas; elle pousse des cris inarticulés et se courbe en arc comme une hystéro-épileptique. Aucune réponse aux questions qu'on lui adresse. On la couche sur le plancher et on lui verse une tasse d'eau froide sur la tête. Elle se réveille aussitôt et interpelle la gardienne : « Elise, où est-ce que je me trouve, qu'est-ce qui se passe? » Elle prétend ne se souvenir de rien. On la fait coucher, on l'hypnotise et l'on essaye des suggestions en rapport avec sa situation. Pendant la nuit, elle est tranquille, mais ne dort pas. Les questions qu'elle a faites à la gardienne font soupçonner qu'elle avait une parfaite connaissance de ce qu'on disait devant elle pendant son accès ; elle s'intéressait à savoir si « mademoiselle la doctoresse n'avait pas demandé si elle était trop serrée par son corset » ; elle remarquait encore que les médecins ne comprenaient rien à son état, chacun ayant émis une opinion différente.

Le 30 avril au soir, elle va et vient dans le corridor et court dans les salles, comme si elle ne savait pas ce qu'elle veut; elle est furieuse, maudit le traitement et dit une foule de mensonges d'hystérique. Elle cache des fourchettes et ne les remet en place qu'après que la gardienne s'est donné beaucoup de peine pour les chercher ; elle commet encore plusieurs autres méfaits semblables. En conséquence, elle perd sa place de gardienne, et entre dans le service comme malade. On l'hypnotise plus souvent. Le 1er mai elle s'agite dans la salle de récréation, dit qu'elle ne peut se dominer et qu'elle voudrait arracher les cheveux à quelqu'un. Au moment où le médecin entre dans la salle, où on l'a conduite, elle se jette sur une autre malade pour la battre. On la met dans le « bain à couvercle ». Elle se calme. Quelques heures plus tard elle demande qu'on la laisse sortir, disant qu'elle est déjà calme et qu'elle prendra désormais garde de ne plus faire de bruit et de ne causer aucun scandale.

Le 2 mai, elle est tranquille et travaille. Depuis le « bain à couvercle » pas d'accès ; cet état se maintient jusqu'au 23 mai, grâce aux menaces de lui donner « un bain à couvercle » aussitôt qu'elle recommencera. Elle maudit les médecins, l'asile, les bains à couvercle et leurs inventeurs, mais sans prendre ses crises. Le 23 mai, elle se tourne dans

son lit et se plaint précisément, comme une malade mélancolique du service, qu'on veuille la tuer, mais en même temps elle sourit. Sur la menace qu'elle sera mise dans un bain à couvercle, si elle n'est pas tranquille dans 5 minutes, l'accès se termine.

25 juillet. — La malade, toujours calme et travailleuse, est employée comme gardienne. Il y a quelques jours, elle avait l'air de vouloir prendre un accès semblable aux précédents : mêmes menaces, même succès.

19 août. — Continue à travailler tranquillement, quitte aujourd'hui le service, pour entrer dans une maison privée comme domestique.

Chapitre IV

Automatisme traumatique.

L'automatisme déterminé par un traumatisme était connu déjà en 1835. C'était le cas de Kaempfen, devenu depuis célèbre (1). C'est le cas où après un traumatisme il y a un seul accès d'automatisme avec amnésie complète et pour toujours. L'observation de notre maître, M. A. Forel, faite sur lui-même, nous renseignera sur ce point. « A l'âge de 16 ans, raconte M. Forel (2), il m'est arrivé de tomber sur l'occiput dans un lieu peu éloigné de la maison de mes parents. Je suis resté couché par terre ; ma conscience était comme voilée ; je me sentais faible, avais besoin de secours et irrité, comme un petit enfant. Une personne de mes connaissances s'approcha. Je me rappelle encore maintenant l'avoir injuriée sans aucun motif ; quelle idée m'y poussa, je n'en savais rien plus tard. Cette personne s'éloigna blessée. Voilà mon dernier souvenir. Une heure plus tard, je me réveillai couché sur mon lit, dans une chambre située au premier

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. IV, p. 489, 1835.

(2) *Das Gedæchtniss und seine Abnormitæten. Rathhausvortrag.* Zurich, 1885, p. 37.

étage. Je m'étais donc levé, comme je pus l'apprendre, j'étais monté seul et je m'étais couché sans aucun secours sur mon lit. De tout cela, je ne gardais aucun souvenir, quoique je me sentis de nouveau très bien. Mon souvenir s'est arrêté sur le point où l'offensé s'éloignait : tout ce qui suivait resta depuis *pour toujours* une lacune dans mes souvenirs. »

Cette observation nous enseigne : 1° que l'accès d'automatisme est resté unique ; 2° que l'amnésie était une amnésie absolue, comme dans l'automatisme comitial, par exemple ; 3° que l'automatisme ne commence que quelques instants après l'accident.

Je ne puis insister sur cette forme de l'automatisme traumatique, d'autant plus que M. Rouillard a épuisé tous les éléments du diagnostic différentiel dans sa thèse de doctorat (1), ainsi que dans plusieurs travaux publiés dans l'*Encéphale* et dans les *Annales médico-psychologiques*. Je dirai seulement que les observations ne sont pas fréquentes. A cette catégorie appartiennent les cas, rapportés par MM. Motet, Rendu, Legrand du Saulle, Ferré, en outre les cas de Kaempfen et M. Rouillard.

Un autre groupe de cas d'automatisme, dans lesquels l'étiologie relève un traumatisme, est celui où l'automatisme n'apparaît, comme suite, pour ainsi dire, immédiate ou presque immédiate de la lésion traumatique, mais après un certain temps plus ou moins long. Dans ces cas, l'automatisme revient sous forme d'accès périodiquement, et alors il faut recon-

(1) *L'étiologie des amnésies.*

naître, avec M. Charcot, que le traumatisme n'est que l'agent provocateur d'une névrose et que ces accès ne sont que les manifestations de cette névrose. Ainsi, dans le cas de M. Motet que nous avons cité plus haut.

M. Dunin (de Varsovie) observe actuellement un malade, qui avait reçu un coup de baïonnette dans la région fronto-temporale droite. Deux mois plus tard, il entra dans le service de M. Dunin avec le diagnostic d'épilepsie jacksonienne. A l'hôpital, le malade n'a jamais présenté de convulsions ; par contre, il se trouve dans un état bizarre d'automatisme. Le malade semble jouir de toutes ses facultés, répond aux questions qu'on lui présente avec intelligence, raconte sa maladie ; mais il reste toujours immobile, ne parle jamais si l'on ne s'adresse à lui. Si on lui met les plats, il ne les touche pas, mais engagé à manger, il mange sans résistance. Le bras levé en l'air y reste immobile ; de même la jambe. On lui dit de rire, il rit ; on le pousse à marcher, il marche ; on l'arrête court, il reste debout. On lui donne un crayon en lui disant que c'est un peigne ; il le regarde, secoue la tête, comme quelqu'un qui ne le croit pas, mais se met à se peigner, jusqu'à ce qu'on l'arrête.

Cette observation, dont l'auteur a bien voulu nous communiquer quelques passages, sera publiée sous peu. Aussi, nous abstiendrons-nous de toute interprétation. Peut-être nous trouvons-nous en face d'une troisième variété d'automatisme traumatique, qui n'était pas connue jusqu'à présent.

Chapitre V

Automatisme toxique.

Les cas d'automatisme qu'on pourrait nommer automatisme toxique sont aussi discutables que notre deuxième catégorie d'automatisme traumatique. Ils revêtent souvent la forme somnambulique et l'agent toxique ordinairement accusé est l'alcool. On connaît cependant une observation où les accès d'hystéro-somnambulisme étaient consécutifs à l'absorption d'une dose toxique de camphre (1). L'auteur lui-même se garde bien de reconnaître le camphre comme cause créatrice du somnambulisme, et c'est pourquoi il se borne à constater que les accès étaient *consécutifs* à l'absorption du camphre, sans affirmer qu'ils étaient déterminés par cet agent.

L'automatisme alcoolique à été étudié par MM. Magnan, Crothers (2), Gofsieyeff (3) et Sulima (4). D'après M. Crothers, de Hartford, l'automatisme alcoolique consiste en une perte de la mémoire cons-

(1) Planat : *Annal. méd. psychol.*, sér. VII, t. I, 1885, p. 225.
(2) *Journ. of ment. and nerv. diseace*, 1884, 4 et 1886, 9.
(3) *Archiv. Psikhiatrii* (en russe), 1885, t. V, 1.
(4) *Ibid.*, t. X, 1 et 2.

ciente des événements présents et passés, avec état normal apparent, durant depuis quelques instants jusqu'à plusieurs jours. Un grand nombre des individus atteints agissent comme de coutume et font dans l'état automatique ce qu'ils ont l'habitude de faire chaque jour. D'autres agissent dans cet état en dehors de leurs habitudes ordinaires. Un autre groupe que l'on rencontre fréquemment devant les tribunaux, est poussé à des actes criminels contre les personnes ou la propriété. Enfin, chez quelques-uns, on voit l'état automatique précéder les périodes d'ivrognerie. Dans tous les cas, l'automatisme est associé à un état nerveux particulier, produit ou développé par l'alcool, ou existant auparavant et mis en activité par l'alcool et d'autres causes inconnues.

Dans le cas de Gofsieyeff, l'individu dont il s'agit est sujet aux accès d'épilepsie. Ici, le rôle que joue l'alcool est évidemment tout à fait minime.

Nous ne pouvons étendre notre étude encore sur l'automatisme dans le courant des maladies mentales ou fébriles. Nous nous bornons aux maladies nerveuses qui présentent assez de particularités pour mériter une étude spéciale.

TROISIÈME PARTIE

L'automatisme au point de vue de la médecine légale.

L'histoire de l'automatisme présente des nombreux cas qui ont donné lieu à une expertise médico-légale. Malheureusement, il y en a d'autres où cette expertise n'a pas eu lieu, au préjudice des malades. Dans la thèse de M. Tissié (1), on peut lire l'histoire d'un malheureux, d'un vrai Juif-Errant, sujet aux fugues que nous croyons devoir qualifier d'ordre hystérique, qui a visité toutes les prisons de l'Europe, qui, en Russie, n'avait même échappé aux soupçons d'être « nihiliste », quoique ne comprenant pas un mot de russe, et qui n'avait jamais été soumis à un examen qui aurait instruit les magistrats sur les

(1) Tissié : *Les aliénés voyageurs*. Thèse de Bordeaux, 1887

causes de sa « désertion », de son « vagabondage » et de ses autres « crimes ». Cette observation est prise avec un tel soin, que nous regrettons vivement de ne pouvoir en donner un extrait. Nous connaissons déjà les mésaventures du malade de M. Charcot, dont notre observation II présente une reproduction. Que de malheureux, traités comme voleurs, vagabonds, criminels, sans que personne s'occupât de leurs protestations, sans qu'on soupçonnât même leur irresponsabilité ! Ces cas ne sont pas rares, comme on peut le juger d'après les faits connus. Et ces faits sont de nature à nous suggérer l'idée que M. Lombroso n'a pas autant de torts qu'on voudrait bien le faire croire. En effet, désertion, vagabondage, vol, outrage public à la pudeur, homicide, suicide, tout ce qu'on peut imaginer de délits et de crimes, peut être accompli automatiquement, et par conséquent aussi, dans l'état de somnambulisme spontané. « Tel exécute le vol, dit M. Mesnet (1), tel combine le suicide, tel autre peut être homicide, incendiaire ! Et après l'accomplissement de ces actes inconscients, la crise cesse, le malade se réveille, reprend les habitudes de sa vie normale, sans garder *souvenir* de la période qu'il vient de traverser. Quand le magistrat intervient, tout désordre a cessé : en présence d'un homme qui ne peut expliquer ses actes, qui se retranche derrière la défaillance de sa mémoire, le juge d'instruction est amené à croire à un système de défense ; *il passe outre*, bien que le ma-

(1) *Annal. méd. psychol.*, sér. VII, t. V, 1887, p. 497.

lade réponde invariablement : *je ne sais pas !* et que le fait accompli, qu'il *ignore réellement*, ait souvent eu pour témoin une nombreuse assistance ! »

L'expertise faite, le rapport concluant à l'irresponsabilité, les juges ne sont pas toujours convaincus, et il fallait la généreuse initiative de M. Motet, pour montrer que dans quelques cas il existe un moyen de convaincre les juges. Il s'agissait d'un jeune homme de 28 ans, inculpé d'outrage public à la pudeur, et chez lequel des accès de somnambulisme avaient été constatés depuis longtemps. Le savant aliéniste, fort de la connaissance des antécédents pathologiques du prévenu, intervint pour faire interjeter appel d'un jugement le condamnant à trois mois d'emprisonnement. L'expertise fut ordonnée et confiée à M. Motet, qui, d'un examen attentif du sujet, se crut fondé à conclure que l'outrage public à la pudeur se réduisait à l'un de ces actes automatiques, si communs dans le somnambulisme spontané. En audience, M. Motet eut à soutenir ses conclusions, et comme la Cour manifestait quelques hésitations, désireux de les convaincre, il hypnotisa l'accusé par la simple fixation du regard, et le montra privé de volonté, répétant comme un automate toute la scène qui avait motivé son arrestation. L'expérimentation parut concluante, et la Cour, infirmant le jugement frappé d'appel, rendit un verdict d'acquittement (1).

Ces cas heureux où l'on peut, à l'aide de l'hypnotisme, rétablir les faits et démontrer ainsi que la

(1) *Annal. méd. psychol.*, sér. VI, t. V, 1881, p. 468.

« libre destination » était hors de cause, ne forment qu'une catégorie de l'automatisme, celle de l'automatisme hystérique. Les épileptiques ne sont pas si facilement hypnotisables et la suggestion ne produit pas chez eux le même effet, du moins nous ne connaissons aucun cas où l'on aurait rendu le souvenir des actes accomplis pendant un accès aux épileptiques. Et cependant ces actes sont souvent d'une plus grande importance sociale, et dans ces cas-là il ne s'agit plus de trois mois d'emprisonnement, mais parfois de la tête du prévenu.

Voici, à titre d'exemple, quelques cas empruntés à la littérature sur ce sujet.

Maas. (*Prak. Seelenheilkunde*, 1847, p. 301) : Un ouvrier cordonnier, depuis longtemps jaloux de sa maîtresse, monte chez elle par le toit pendant un état de somnambulisme, la tue avec un couteau et retourne dans son lit.

Union médicale, 16 décembre 1861 : Un somnambule, à Naples, tue sa femme, parce qu'il a rêvé qu'elle le trompait.

Mesnet. (*Étude sur le somnambulisme*, 1860) : Tentatives de suicide d'une femme pendant ses accès de somnambulisme.

Dornblüth. (*Henke, Zeitschr.* 32 Jahrg. 2, p. 145) : Une somnambule, sujette à une névrose épileptiforme, vole et cache pendant ses accès divers objets, sans garder aucun souvenir de ce qu'elle faisait pendant ces accès.

Klose. (*System der gerichtl. Physik*, p. 177) : Un prêtre, qui devait perdre sa place parce qu'il avait rendu une jeune fille enceinte, est acquitté quand il démontre qu'il est somnambule et rend vraisemblable qu'il avait accompli l'acte défendu pendant un tel accès (?).

Macario. (*Annales médico-psychologiques*, 1847, p. 47): Une jeune fille fut violée pendant un état somnambulique. Elle n'avait aucune connaissance du coït qu'elle avait subi pendant l'accès.

Friedreich's Blætter, 1856, p. 5 : Un cas analogue.

Fechner. *System des gerichtl. Arzneikunde*, I, p. 47) : Simulation de somnambulisme pour éviter la condamnation pour assassinat.

Ray. (*Treatise on insanity*, p. 399) : Un cas analogue.

Lombroso. (*L'homme criminel*) : Magnan note un cas de délire épileptique chez un individu qui n'éprouva jamais de convulsions, mais qui avait de tels altérations intermittentes, qu'on pouvait suspecter l'épilepsie. Une nuit, il se leva, et malgré les prières de sa mère qui l'en dissuadait, il s'en alla à moitié nu dans la rue, un couteau à la main, et tua des passants. Il demeura étonné pendant six jours, et oublia tout après ; on sut qu'il n'avait jamais souffert des convulsions, mais que, par moments, il sortait de la maison, restait dehors deux jours, et rentrait après chez lui, terrassé de fatigue et inconscient de ce qu'il avait fait (p. 621, 622).

Outre le cas de M. Motet, dont nous avons parlé tout à l'heure, citons l'expertise médico-légale, confiée à M. Paul Garnier (1), et à propos de laquelle M. Mesnet a fait une étude médico-légale sur le somnambulisme spontané et le somnambulisme provoqué (2). Ce sont les deux cas les plus connus de l'automatisme hystérique devant les tribunaux. Quant à l'automatisme épileptique, le procès le plus célèbre est celui de Fraser en Angleterre.

Un homme de 38 ans, fort respectable, tua son fils dans la nuit du 8 avril 1878. Enfant, il était d'une intelligence moyenne; puis, il avait eu de l'incontinence nocturne d'urine. Son père et la mère étaient épileptiques et moururent dans un accès. Sa sœur et son neveu étaient aliénés. Un de ses enfants mourut de convulsions. Celui qu'il tua avait également eu des convulsions six mois auparavant. Son sommeil était troublé par des rêves, des cauchemars, et à plusieurs reprises il avait présenté des accès nocturnes qui ressemblaient fort à du somnambulisme et dont il ne gardait aucun souvenir le matin.

Les docteurs Robertson, de Glasgow, et Jellowlees, conclurent à l'irresponsabilité, « l'acte ayant été commis dans un accès de *somnambulisme* ou *d'insanité* ». Le Dr Clouston d'Edimbourg, appelé par la défense, conclut également à l'irresponsabilité; mais son jugement fut porté en termes différents : « L'état de Fraser, dit-il, était celui de *l'insanité* ».

(1) *Annal. méd. psychol.*, sér. VII, t. VI, 1887, p. 81.
(2) *Ibid.*, s. VII, t. V, 1887, p. 481.

« Cette différence dans les mots était importante, ajoute Hack Tuke ; car, si Fraser était reconnu techniquement comme étant un « insane », il devait être enfermé dans un asile d'aliénés criminels. Le Dr Yellowlees inventa librement alors le terme de *somnomania*, et dit que la seule différence qui existait entre cet état, l'insanité, et le vertige épileptique, était qu'il survenait pendant le sommeil et amenait seulement un arrêt temporaire de la volonté, à l'inverse de la perte prolongée du contrôle qui résulte d'une affection organique. »

Le jury, rejetant l'insanité et admettant que l'inculpé était en état de somnambulisme, prononça l'acquittement (1).

C'est ce cas de Fraser qui donna naissance à l'étude de M. Echeverria que nous connaissons déjà. Ce cas nous montre que, l'irresponsabilité admise, surgissent alors d'autres questions, non moins importantes. Doit-on laisser libres ou interner les individus atteints de cette affection, surtout lorsque celle-ci les pousse à commettre un crime ? M. Hack Tuke condamne la mise en liberté de Fraser, en le regardant comme un somnambule dangereux. M. Gilles de la Tourette, qui s'est occupé longuement de cette question, partage cette opinion. Mais si dans le cas de Fraser un internement était indiqué, on ne saurait en faire la

(1) Voir à ce sujet : D. Yellowlees (Glasgow) : *Journ. of ment. science.* — Echeverria : *On nocturnal epiiepsy and its relations*, oct. 1878. — *To somnamb. (J. of ment. scien.*, janv. 1879.) — Hack Tuke : *Sleep walking and somnamb.*, 1884. — Gilles de la Tourette : *L'hypnotisme.*

règle, l'automatisme, même comitial, n'étant pas toujours offensif.

Le rapport de M. G. Lapponi (1) présente un cas analogue. Il s'agit d'un infanticide commis par la mère pendant un accès de somnambulisme. L'irresponsabilité étant prononcée, il y a lieu de se demander si la mise en liberté ne crée pas un danger permanent pour la société. M. Lapponi est d'avis qu'un somnambule serait répréhensible si, ayant déjà commis des actes criminels ou tout au moins des tentatives, il ne prenait pas les précautions nécessaires en pareille circonstance. Tel n'était pas son cas, où, à part l'accès que la prévenue avait présenté longtemps auparavant, cette dernière ne s'était jamais rendue coupable d'actes à la suite desquels elle aurait dû surveiller sa conduite. La responsabilité, même partielle, n'était donc pas à invoquer chez elle.

(1) *Di un caso di omicidio in somnambulismo*, Bologne, 1883 ; *In* Gilles de la Tourette : *L'hypnotisme*, p. 221.

CONCLUSIONS

I. — Au point de vue psychologique, il est impossible de tracer les limites où finit l'automatisme, où commence le conscient. Les observations sur le dédoublement de la conscience (ou de la personnalité) sont les plus instructives sous ce rapport.

II. — Au point de vue clinique, on peut distinguer autant de formes d'automatisme qu'il existe d'espèces nosologiques, et dans chacune de ces formes on trouve encore des variétés. Nous avons étudié plus longuement l'automatisme comitial, et nous avons insisté particulièrement sur la variété dite automatisme comitial ambulatoire. Cette variété présente un type clinique parfaitement caractérisé.

III. — Au point de vue de la médecine légale, cette variété mérite d'autant plus l'attention, qu'elle était jusqu'à ces derniers temps méconnue et qu'elle est de nature à faire absoudre beaucoup de malades, inculpés de vagabondage, de vol, d'attentats publics à la pudeur, d'homicide, etc.

IV. — Sous le nom de somnambulisme naturel, on a confondu les diverses espèces d'automatisme pathologique. La plupart des cas de somnambulisme naturel sont des accès d'automatisme comitial ou d'automatisme hystérique. Il n'est pas encore possible de résoudre, dans l'état actuel de nos connaissances, la question de savoir si l'on peut admettre un type clinique à part sous le nom de somnambulisme, en dehors de l'épilepsie et de l'hystérie.

V. — L'automatisme comitial se distingue par une amnésie complète et absolue : il ne réussit jamais à faire apparaître le souvenir des actes accomplis pendant l'accès d'automatisme comitial. Dans l'automatisme hystérique, cette amnésie est temporaire, bornée aux états dans lesquels on trouve un autre état de la sensibilité que pendant l'accès d'automatisme ; le souvenir des actes accomplis peut apparaître pendant un accès ultérieur et peut être provoqué artificiellement.

VI. — Le traumatisme et les agents toxiques peuvent être les causes immédiates d'un état d'automatisme, ou bien ils ne sont que les agents provocateurs

d'une névrose, qui imprime alors son cachet aux accès automatiques ; dans le premier cas, l'accès d'automatisme reste unique, dans le dernier cas les accès se répètent périodiquement.

19.F.284

19.F.284.
Etude psycho-pathologique sur l1890
Countway Library
BEJ8074
3 2044 045 830 759